



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



4.º Mestrado em Enfermagem em Gestão de Unidades de Saúde

Relatório de Estágio

Mestre em Enfermagem

Orientador: Professor Doutor Raul Cordeiro

**NA ESPECIFICIDADE, A EVIDÊNCIA DO
IMPACTO DAS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO NO DOENTE COM
PATOLOGIA RESPIRATÓRIA CRÓNICA,
NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

MARIA JOÃO MAXIMINO MARQUES FALÉ

Abril

2016

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

4.º Mestrado em Enfermagem em Gestão de Unidades de Saúde

Relatório de Estágio

Mestre em Enfermagem

Orientador: Professor Doutor Raul Cordeiro

**NA ESPECIFICIDADE, A EVIDÊNCIA DO IMPACTO DAS INTERVENÇÕES DO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NO DOENTE
COM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA CRÓNICA, NO SERVIÇO DE URGÊNCIA**

MARIA JOÃO MAXIMINO MARQUES FALÉ

Abril

2016

*O caminho da realização
está pavimentado de sacrifícios,
dificuldades e obstáculos.
mas também está ladeado
pela determinação
e marcado pela esperança.
Percorre-se com persistência,
com coragem e trabalho duro.
Durante a caminhada
talvez tenhas de te confrontar
com injustiças, dúvidas e recuos.
Mas, quando chegares ao fim,
Saberás a doce alegria
De te sentires realizado.*

Dinis: 2003

AGRADECIMENTOS

Este projeto só possível com o contributo de algumas pessoas, às quais deixo uma palavra de sincero agradecimento.

Ao meu orientador, Professor Doutor Raúl Cordeiro, o meu reconhecimento pela formação e pelo permanente incentivo para a auto aprendizagem. Agradeço o apoio, disponibilidade e empenho com que me guiou ao longo deste percurso.

Ao Enfermeiro Joaquim Pedro Mendes, toda a minha gratidão pelo apoio, genuinidade, interesse, disponibilidade, generosidade, exigência de rigor, espírito crítico, coerência, amizade, determinação e a oportunidade de crescimento pessoal, profissional e científico.

Aos meus AMIGOS, LUÍS ESPIRITO SANTO e TELMA DIAS pela confiança, apoio, interesse, disponibilidade, profissionalismo, competência, generosidade, cumplicidade e sobretudo AMIZADE, encorajamento e incentivo ao longo do nosso longo percurso académico e porque sem eles a realização deste projeto não seria possível.

Às minhas AMIGAS, Dra. Maria Luísa Rebocho e Dra. Sara Pires Barata, pela Amizade, carinho, genialidade, espírito crítico, inspiração e profunda admiração pessoal e profissional.

Aos meus queridos pais e filho, pela sua compreensão nos momentos de ausência, apoio, paciência, generosidade e incentivo ao longo do meu percurso académico.

RESUMO

O presente estudo decorreu no serviço de urgência do Hospital do Espírito Santo de Évora – EPE, de Setembro de 2015 a Janeiro de 2016 e enquadra-se na área da prestação de cuidados especializados em enfermagem de reabilitação. É um estudo de caso, em que objeto de estudo é “A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no doente com Patologia Respiratória Crónica”.

A abordagem metodológica é mista pois trata-se de um caso de estudo que não é puramente qualitativo. A utilização de metodologia quantitativa com indicadores quantitativos permitirá uma melhor compreensão e visão global do caso apresentado. Trata-se de um estudo de natureza descritiva, transversal e não experimental pois tem como objetivo a recolha de dados observáveis e quantificáveis, num determinado período de tempo e não o controlo de fenómenos. População alvo: todos os utentes com Patologia Respiratória Crónica internados no Serviço de Observação no período de tempo referido anteriormente. Amostra: 4 utentes com média de idades de 78,0 anos dos quais 75% eram do sexo masculino e 25% do sexo feminino.

Foram implementadas intervenções de enfermagem de reabilitação, nomeadamente, reabilitação funcional respiratória e motora, que demonstraram ser eficazes tendo-se obtido saturações periféricas de O₂ de 96%, em média. Estes resultados traduzem-se em ganhos ao nível da capacidade respiratória permitindo o desenvolvimento de atividades de vida diária normais. Também foi possível a manutenção e potenciação das capacidades de mobilidade nestes utentes com uma média etária elevada e com algumas limitações físicas e/ou cognitivas o que, só por si, também traduz ganhos em saúde no que concerne à sua independência e melhoria da qualidade de vida.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é claramente uma mais-valia no serviço de urgência pois ao colocar em prática uma dinâmica de desempenho voltado para os conhecimentos especializados adquiridos, criando ferramentas que permitam um desempenho estruturado dos cuidados, a promoção da sua continuidade, a sua avaliação e a produção de conhecimento científico baseado na evidência contribui para a redução do tempo de internamento o que se repercute na maior eficácia na Gestão de Unidades de Saúde.

Palavras-Chave: Doenças Respiratórias Crónicas, Enfermagem, Reabilitação

ABSTRACT

This study took place in the emergency room of the Hospital do Espírito Santo de Évora - EPE from September 2015 to January 2016, and is part of the provision of specialized care in rehabilitation nursing. It is a case study in which the object of study is "Intervention of the Rehabilitation Nursing Specialist in the patient with Chronic Respiratory Disease".

The methodological approach is mixed because this is not a purely qualitative case study. The use of quantitative methodology with quantitative indicators will promote a better understanding and overview of the case presented. Its nature is descriptive, transversal and not experimental because the aim of this study is to collect observable and quantifiable data in a period of time and not the control of phenomena. Target population: all the patients with Chronic Respiratory Disease admitted to the Observation Service in the period of time previously referred. Sample: 4 patients with an average age of 78.0 years of which 75% were male and 25% female.

Rehabilitation nursing interventions like functional and motor respiratory rehabilitation have been implemented and they proved to be effective because the peripheral O₂ saturation obtained was 96%, on average. These results translate into gains in terms of respiratory capacity allowing the development of normal daily life activities. The maintenance and enhancement of mobility capabilities in this patients, with a high average age and some physical and/or cognitive limitations, where also possible. This also translates health gains with respect to their independence and improve in quality of life.

The Rehabilitation Nursing Specialist is clearly an advantage in the emergency department as to put in place a performance dynamics facing the expertise gained by creating tools to enable a structured performance of care, promoting its continuity, their evaluation and the production of scientific knowledge based on evidence helps to reduce the length of stay which is reflected in greater efficiency in Health Services Management.

Keywords: Chronic Respiratory Diseases, Nursing, Rehabilitation

Abreviaturas e símbolos

APA – *American Psychological Association*
APER – Associação Portuguesa de Enfermeiros de Reabilitação
ARN – *Association Rehabilitation Nurses*
ARNA - *Australian Rehabilitation Nurses Association*
ATS – *American Thoracic Society*
AVD – Atividades de Vida Diária
CARN - *Canadian Association of Rehabilitation Nurses*
CATR – Ciclo Ativo das Técnicas Respiratórias
CI – Capacidade Inspiratória
CRF – Capacidade Residual Funcional
XV – Décimo Quinto
DGS – Direção Geral de Saúde
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica
EPE – Entidade Pública Empresarial
ERS – *European Respiratory Society*
EUA – Estados Unidos da América
FC – Frequência Cardíaca
FR – Frequência Respiratória
GARD - *Global Alliance Against Chronic Respiratory Diseases*
GOLD – *Global Initiative for Chronic Obstrutive Lung Disease*
HESE – Hospital do Espírito Santo de Évora
HTA – Hipertensão Arterial
IPPB – Intermittent Positive Pressure Breathing
L/min – Litros por minuto
LCADL – *London Chest Activity of Daily Living*
MIF – Medida de Independência Funcional
min - Minutos
mmHg – Milímetros de Mercúrio
MRCDQ – *Medical Research Council Dyspnea Questionnaire*

nº – Número

O2 – Oxigénio

OE – Ordem dos enfermeiros

OLD – Oxigenoterapia de Longa Duração

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONDR – Observatório Nacional Doenças Respiratórias

PaCO2 – Pressão parcial de Dióxido de Carbono

PaO2 – Pressão parcial de Oxigénio

PEEP – Pressão positiva no fim da expiração

% - Percentagem

1ª - Primeira

PR – Programa de reabilitação

4ª – Quarta

4º - Quarto

RFR – Reabilitação Funcional Respiratória

RFM – Reabilitação Funcional Motora

2ª - Segunda

SE – Sala de Emergência

SEPCR - *Societas Europea Physiologiae Clinicae Respiratoriae*

SM – Sala de Monitorização

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Serviço de Observação

SOS – Se necessário

SpO2 – Saturação Periférica de Oxigénio

SU – Serviço de Urgência

TA – Tensão Arterial

TEF – Técnicas de Expiração Forçada

3ª - Terceira

VCO2 – Volume de Dióxido de Carbono

VE – Volume Expiratório

VMER - Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VNI – Ventilação Não Invasiva

VO2 – Volume de Oxigénio

WHO – World Health Organization

Índice

	f
INTRODUÇÃO	11
1 – REVISÃO DA LITERATURA	18
2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
2.1 – O DOENTE COM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA CRÓNICA.....	26
2.2 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO.....	28
2.3 – O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO.....	30
2.4 – O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA.....	34
2.4.1 – Avaliação Funcional Respiratória.....	37
2.4.2 – Meios de Diagnóstico.....	40
2.4.3 – Qualidade de Vida.....	42
2.5 – INTERVENÇÕES DE REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA	43
2.6 – PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS	49
3 – ANÁLISE DO CONTEXTO	51
3.1 – CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA.....	51
3.2 – CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES.....	60
4 – METODOLOGIA	61
4.1 - OBJETIVOS.....	65
4.2 – TIPO DE ESTUDO.....	66
4.3 – POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	67
4.4 – INSTRUMENTO E RECOLHA DE DADOS.....	68
4.5 – ASPETOS ÉTICOS.....	71
4.6 - ANÁLISE REFLEXIVA DAS ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÕES	72
4.6.1 – Estratégias e Intervenções.....	73

4.6.2 – Planeamento e Execução das Intervenções.....	74
4.6.3 – Operacionalização do Projeto.....	77
4.6.4 – Avaliação.....	78
4.6.5 – Cronograma de Atividades.....	80
5 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	81
CONCLUSÃO.....	97
BIBLIOGRAFIA.....	104

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1 – Folha de Registo de Enfermagem de Reabilitação.....	69
Tabela nº 2 – Cronograma de Atividades.....	80
Tabela nº 3 – Plano de Cuidados.....	85

INTRODUÇÃO

No Culminar de todas as aprendizagens realizadas, a Unidade Curricular de Estágio/Relatório, do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem em Gestão de Unidades de Saúde, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Portalegre, proporciona a oportunidade de se efetuar um projeto de formação, numa área de interesse pessoal e profissional.

A possibilidade de realizar um relatório crítico, no final do estágio, tornou-se em mais um desafio importante.

Um relatório crítico terá como finalidade: “(...) desenvolver uma apreciação crítica do desempenho da atividade profissional do enfermeiro, nas suas vertentes científica, técnica e relacional. Pretende-se assim (...) efetuar uma reflexão crítica sobre a (...) atividade profissional, perspetivando a (...) evolução do desempenho e expectativas futuras.” (Baio, Melo & Rodrigues, 1997:26).

Procurando seguir esta linha de pensamento, pretendo que o atual relatório seja um instrumento escrito, que demonstre a minha capacidade de reflexão crítica, sobre todo o meu processo de aprendizagem, revelando essas mesmas aprendizagens e as competências adquiridas, ao longo deste estágio.

Nos objetivos traçados para este estágio, tive sempre presente que o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação é substancialmente um guia que conduz o doente/família a encontrar um caminho para a mudança.

Hesbeen (2003:15) refere que, “o enfermeiro de reabilitação deve ser o promotor da liberdade para que o doente possa fazer as suas próprias escolhas, encaminhando-o e sugerindo-lhe meios que lhe permitam encontrar novas saídas, descobrir novos caminhos significativos e compatíveis com a sua situação”. Esta atitude exige ao prestador de cuidados um espírito profundo e genuinamente humano, que demonstre preocupação no respeito pelo outro. É essencial, o desenvolvimento de competências técnicas e científicas para avaliar as situações em toda a sua complexidade e singularidade, integrando nessa apreciação todos os elementos presentes.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação poderá proporcionar intervenções adequadas às necessidades particulares de cada indivíduo de forma harmoniosa e integrada num plano global de cuidados e, assim, obter os resultados esperados.

Este relatório foi desenvolvido através de textos descritivos, com base no projeto e tendo sempre em conta os objetivos gerais e específicos do mesmo. São também descritos os planos de cuidados de enfermagem de reabilitação dos doentes/famílias, aos quais prestei cuidados de enfermagem de reabilitação.

A realização deste estágio foi a última e talvez a mais importante etapa deste processo formativo, constituindo-se como uma estratégia fundamental para o concluir deste projeto de formação. A realização do estágio decorreu no Hospital de Espírito Santo de Évora – Entidade Publica Empresarial [HESE-EPE], no Serviço de Urgência [SU], no período de Setembro de 2015 a Janeiro de 2016.

Assim a concretização do projeto de estágio, veio ajudar a orientar as minhas decisões e alterar ligeiramente a minha área de interesse procurando juntar os dois desafios, pelo que após muito refletir, o meu projeto tem como objeto de estudo: “A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no doente com Patologia Respiratória Crónica, no Serviço de Urgência”.

Neste contexto a problemática das doenças do foro respiratório em Portugal, é um grave problema de saúde pública, cuja incidência tem sido crescente, o que a tornou numa das principais causas de morbilidade e mortalidade, no nosso País, situação comprovada pelo aumento do número de internamentos hospitalares. Situação, esta, que conduziu a uma abordagem multiprofissional, não só sobre os principais fatores de risco da doença respiratória, relacionada com hábitos alimentares e de vida, sedentarismo, tabagismo, stress, ausência de exercício físico, entre outros, bem como uma intervenção atempada na realização de exames complementares de diagnóstico, onde uma vez comprovada a necessidade de ventilação não invasiva, no sentido de diminuir o risco da mortalidade ou morbilidade, o enfermeiro especialista em enfermagem reabilitação tem um papel muito importante.

Promover o autocuidado, a sua autonomia, e assim contribuir para uma melhor qualidade de vida da pessoa/família, são aspetos essenciais do cuidar em enfermagem de reabilitação, que passam pela intervenção da enfermagem de reabilitação numa fase de preparação para ventilação não invasiva, em que o ensino à pessoa/família submetida a ventilação não invasiva, promove uma rápida reabilitação. A reeducação funcional respiratória (RFR) ou cinesiterapia respiratória e a reeducação funcional motora (RFM), no doente com patologia respiratória crónica podem ajudar a pessoa/família a ultrapassar a situação de crise/doença exacerbada com menor ansiedade e com uma atitude mais positiva, com tomadas de decisão mais conscientes e seguras, além de colaborar nas atividades médicas e de enfermagem de forma participativa, promovendo a diminuição de complicações e consequentemente o internamento.

Pelo que, no contexto atual das reorganizações das estruturas de saúde, e no panorama da Saúde em Portugal, onde as doenças crónicas e incapacitantes, são a principal causa de morbilidade e mortalidade, com implicações nas estruturas familiares, sociais e económicas do País, deve a enfermagem de reabilitação procurar alcançar um reconhecimento, através da construção de projetos alternativos de intervenção, onde a vertente técnica tem a sua importância, mas a vertente humana e relacional, deve ser realçada. A promoção do ensino, a partilha de conhecimentos e experiências com o outro, a mudança, a adaptação a “novas formas de estar na vida”, são aspetos essenciais da prática de cuidados de enfermagem de reabilitação. Sabemos e sentimos que são cada vez mais estes aspetos que nos distanciam de outros técnicos de saúde que procuram na técnica, a sua proximidade com o outro.

Refletir sobre esta realidade conduziu-me à questão central orientadora do meu trabalho: **Quais as Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no doente com Patologia Respiratória Crónica, no Serviço de Urgência?**

Através desta pergunta, tentei exprimir o mais exatamente possível aquilo que procurei saber, elucidar ou compreender melhor. Poder-se-á então dizer que constituiu o fio condutor deste estudo.

Com o intuito de dar resposta à questão de partida, delineei como **objetivo geral** deste trabalho:

- Desenvolver competências específicas em enfermagem na área da Gestão de Unidades de Saúde.

E como **objetivos específicos**:

- Utilizar os conhecimentos teóricos atualizados e desenvolvimentos teóricos, em conjugação com uma análise da sua relevância, para o exercício profissional;
- Definir formas de atuação, baseadas em pressupostos previamente validados, e de as fundamentar teórica e metodologicamente;
- Analisar criticamente os resultados obtidos decorrentes das intervenções;
- Refletir sobre os problemas de natureza ética e normativa, sobre as responsabilidades sociais inerentes à aplicação do conhecimento e à profissão.
- Analisar o percurso ao longo do ensino clínico, que é traduzido num relatório final.

Com base nos objetivos formulados e após a aquisição de competências no Curso de Mestrado em Enfermagem de Gestão em Unidades de Saúde, surgiu a ideia do presente estágio no SU, do HESE-EPE, partindo do pressuposto que a enfermagem de reabilitação contribui efetivamente para uma melhor gestão do SU, visto que, em princípio, permite diminuir o tempo de internamento e promove uma melhoria da qualidade de vida do doente/família.

Ancorando-me aos objetivos traçados para este estágio, é importante ter sempre presente que o enfermeiro de reabilitação é fundamentalmente um guia que conduz a pessoa/família a encontrar o caminho para a mudança, definindo com estes, objetivos com fim terapêutico.

De acordo com Hesbeen (2003:15), “o enfermeiro de reabilitação deve ser o promotor da liberdade para que o doente possa fazer as suas próprias escolhas, encaminhando-o e sugerindo-lhe meios que lhe permitam encontrar novas saídas, descobrir novos caminhos significativos e compatíveis com a sua situação”. O que exige ao prestador de cuidados um espírito profundo e genuinamente humano, que demonstre preocupação no respeito pelo outro. É essencial, o desenvolvimento de competências técnicas e científicas para avaliar as situações em toda a sua complexidade e singularidade integrando nessa apreciação todos os elementos presentes. Só após esta avaliação é que o enfermeiro de reabilitação poderá proporcionar intervenções adequadas às necessidades particulares de cada pessoa/família de forma harmoniosa e integrada num plano global de cuidados e assim obter os resultados esperados.

O contexto e a realidade em que se desenvolve a intervenção do enfermeiro de reabilitação fazem com que estes profissionais tenham a qualidade de vida das pessoas como questão central à sua atividade, no seio da equipa, desenvolvem com os seus pares e as pessoas alvo dos seus cuidados, um conjunto de estratégias que visam potenciar as capacidades de autocuidado e de realização das atividades de vida diária que concorrem diretamente para a qualidade de vida, contribuindo decisivamente para que a pessoa se realize a níveis cada vez mais elevados.

A presença permanente do enfermeiro de reabilitação junto das pessoas com necessidades de reabilitação e o seu papel de consultadoria junto da equipa de saúde é hoje entendida como uma mais-valia.

Com o intuito de estudar, no serviço de urgência, do HESE-EPE, a evolução dos doentes alvo da intervenção dos enfermeiros de reabilitação, bem como a evolução dos diagnósticos efetuados, realizei registos de enfermagem de reabilitação, para avaliar a evolução dos diagnósticos de enfermagem de reabilitação no doente com patologia respiratória crónica no serviço de urgência, para caracterizar a amostra e avaliar os resultados.

Para melhor compreender a problemática, entendi como útil analisar casos concretos, para tal foi selecionado aleatoriamente um dos quatro casos e efetuada a respetiva análise.

No paradigma socioprofissional da atualidade e de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro (2003):

“a enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do seu ciclo

vital, considerando o enfermeiro como o profissional com reconhecida competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade”.

Assim, os procedimentos da enfermagem moderna apoiam-se em mecanismos que lhe permite identificar necessidades, estruturar intervenções, manter um plano de intervenções adequado e avaliar resultados, permitindo uma constante readaptação dos cuidados ao nível exigido pela condição do utente, permitindo a execução de práticas adequadas e contínuas independentemente dos agentes de saúde integrantes da equipa que os realizem.

Tudo isto com o intuito de libertar o profissional de burocracias, permitindo canalizar a sua atenção para a prática.

Mantendo a linha de pensamento, este trabalho demonstra esta filosofia, uma vez que, ao longo da minha prática como enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, a falta de ferramentas de registo, a inexistência de organização de intervenções e continuidade das mesmas de forma sustentada, não me era possível realizar registos sistemáticos e diferenciados de enfermagem de reabilitação. Surgiu então a necessidade de criar planos de reabilitação. Planos, estes que, integrando o processo de enfermagem na sua globalidade, servem de guia condutor ao enfermeiro reabilitador no desempenho diário das intervenções implementadas.

Estes planos e as suas intervenções devem ter transcrição objetiva das intervenções, evidenciando a prática das intervenções implementadas, gerando informação que possa ser utilizada também como padrão de qualidade, bem como a utilização de escalas de avaliação da função, condição física ou cognitiva do utente, que de forma objetiva monitorizam toda a prática.

Este trabalho tem como objetivos a operacionalização de planos de enfermagem de reabilitação com interesse, sugerir intervenções de reabilitação para tratar as alterações identificadas e demonstrar através de escalas resultados em saúde. Pretende-se com este trabalho sensibilizar para a estruturação das intervenções, para os registos que evidenciem a prática e da necessidade de demonstração de melhorias em saúde de forma quantificável, permitindo monitorizar os resultados, ajustar intervenções conforme as necessidades, produzindo informação que permita gerar conhecimento e basear a prática na evidência.

Esta investigação é uma oportunidade para perceber em que medida as intervenções do enfermeiro de reabilitação produzem resultados, permitem restabelecer o estado de saúde, restaurar o funcionamento individual, ou adaptar a pessoa a uma nova situação de saúde. O presente estudo é um estudo de caso.

Material e Métodos: A opção por uma investigação de abordagem metodológica mista (Qualitativa e Quantitativa), pois pareceu-me ser a mais adequada para a compreensão da problemática. Optei por descrever um caso de um dos doentes da amostra, esta

metodologia permite ter uma visão mais esclarecedora da população em estudo. Metodologia mista, porque este não é um caso de estudo puramente qualitativo, tendo recurso a metodologia quantitativa com recurso a indicadores quantitativos, pelo que se poderá considerar uma metodologia mista que favorecerá uma melhor compreensão e visão global dos casos apresentados; de natureza descritiva, transversal e não experimental pois não tem o objetivo de controlar fenómenos, mas sim recolher dados observáveis e quantificáveis, realizado num ponto de tempo.

Foi criado um documento de registo de enfermagem de reabilitação, tendo sido o adotado como instrumento de recolha de dados. Atendendo ao processo de enfermagem, foram criados planos de reabilitação para os diagnósticos de enfermagem e em cada um deles mecanismos de monitorização, entre eles, escalas, a fim de medir a evolução do estado do utente medindo a evolução da condição de cada diagnóstico de enfermagem.

A população alvo do estudo foi: todos os utentes internados no Serviço de Observação [SO], do SU, do HESE-EPE, com uma amostra de 4 utentes com plano de reabilitação implementado. As idades dos utentes (79, 84, 81, 68), perfazem uma média de 78,0 anos. Quanto ao sexo, 75% eram do sexo Masculino e 25% do sexo Feminino.

Os resultados obtidos são reflexo da condição dos indivíduos aos quais foram prestados cuidados e da estratégia de reabilitação implementada, monitorizados através de escalas largamente utilizadas na instituição, permitindo concluir que é possível monitorizar cuidados de enfermagem de reabilitação, demonstrando a eficácia e a evidência do impacto das intervenções diferenciadas de reabilitação.

Resultados: Aos 4 utentes do estudo, com patologia respiratória crónica, com alterações da função respiratória, foram implementadas as intervenções de enfermagem de reabilitação: cinesiterapia respiratória ou RFR e RFM. As intervenções de reabilitação foram eficazes, com ganhos na capacidade respiratória dos utentes, verificando-se a saturação de Oxigénio (SpO2) em média de 96%, o que revela uma boa capacidade ventilatória, permitindo atividades de vida normais. Foi possível a manutenção e potenciação das capacidades, pois em utentes com uma média de idades elevada e já com limitações físicas e/ou cognitivas marcadas, o facto de aumentarem as suas capacidades de mobilidade traduz ganhos em saúde, independência e melhoria da qualidade de vida.

Conclusões: O estágio no SU permitiu-me adquirir conhecimentos e desenvolver competências na prestação e gestão de cuidados ao doente com patologia respiratória crónica. Considero ter atingido os objetivos propostos, o que me permitiu ampliar domínios como a tomada de decisão favorecendo a continuidade dos cuidados, a aquisição de autonomia no desempenho profissional e fomentar a prática baseada na evidência

contribuindo para o desenvolvimento pessoal e profissional, mas sobretudo para a melhoria dos cuidados de saúde prestados.

Este relatório inicia-se com a presente introdução.

A procura do que foi estudado no domínio da minha área de estudo, através de uma revisão da literatura, constituiu o primeiro capítulo deste trabalho.

Posteriormente, no segundo capítulo, procurei apresentar os aspetos que me pareceram essenciais para o conhecimento e compreensão da problemática em estudo: “A Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no doente com Patologia Respiratória Crónica”.

No terceiro capítulo procedi à análise do contexto do serviço de urgência, bem como dos seus utentes.

O quarto capítulo é respeitante à apresentação da metodologia do relatório de estágio, onde será efetuada uma análise reflexiva sobre os objetivos da intervenção profissional, das intervenções a serem efetuadas de forma aos mesmos serem alcançados, e do processo de avaliação e controlo dos referidos objetivos. Assim como, será mencionada a forma de operacionalização do projeto, tal como as metas do mesmo para este estágio.

No quinto capítulo surge a análise e discussão de resultados.

Por último, a conclusão onde procurei, sintetizar os aspetos mais relevantes da problemática em estudo.

Este relatório insere-se no âmbito do plano de estudos do 4º Curso de Mestrado em Enfermagem em Gestão de Unidades de Saúde, no ano letivo de 2015/2016, no Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Saúde de Portalegre. E, foi elaborado segundo as normas da *American Psychology Association* e teve como Orientação o Exmo. Professor Doutor Raúl Cordeiro.

1- REVISÃO DA LITERATURA

As doenças do aparelho respiratório são a terceira causa de morte em Portugal, (Bárbara, 2006). O número de doentes afetados por este tipo de doenças aumentou consideravelmente ao longo dos últimos anos, como consequência também, do envelhecimento da população, do aumento da contaminação ambiental e do consumo de tabaco, entre outros fatores. Cada português, em idade ativa, passa em média mais de dois dias de baixa médica por ano devido a doenças respiratórias.

Bárbara (2006), refere ainda que os portugueses passam anualmente 15 milhões de dias de baixa médica devido a doenças respiratórias, que custam ao Estado 1 800 milhões de euros por ano. Tendo em conta a população ativa residente em Portugal em 2004, estes números dão uma média de dois dias de baixa médica por ano para cada português. As doenças respiratórias, são responsáveis por cinco milhões de consultas e 1,8 milhões de idas às urgências do Serviço Nacional de Saúde [SNS]. A tuberculose é uma dessas doenças. Portugal tem os índices mais elevados na União Europeia deste tipo de doença. Também o cancro do pulmão é outra das doenças do foro respiratório. Este aumento vem de encontro ao aumento do consumo de tabaco em Portugal.

O cancro do pulmão é a primeira causa de morte oncológica no nosso país, superior ao do estômago, do cólon e da mama. A asma brônquica é igualmente uma das principais doenças respiratórias em Portugal, que afeta quase 5% dos portugueses (Bárbara, 2006).

Segundo a mesma autora, a Organização Mundial de Saúde [OMS] indica que as doenças crónicas de declaração não obrigatória, como as doenças cardiovasculares, a diabetes, a obesidade, o cancro e as doenças respiratórias, representam cerca de 59% do total de 57 milhões de mortes por ano e 46% do total de doenças. Afetam países desenvolvidos e países em vias de desenvolvimento.

Mais de mil milhões de pessoas em todo o mundo sofrem de doenças respiratórias crónicas (asma, doença pulmonar obstrutiva crónica – [DPOC] e rinite alérgica) e poucas são as que procuram um médico da especialidade. Portugal não é exceção.

A patologia respiratória aumenta a sua incidência quando a pessoa está em permanente contacto com os fatores de risco, que são: o tabagismo, a poluição, a exposição profissional a poluentes atmosféricos, as condições alérgicas e doenças do sistema imunitário, entre outros.

Assim, os dados referentes à população portuguesa, segundo a Direção Geral de Saúde [DGS, 2008], 8,8 % (850 mil pessoas) apresentam alterações ao seu estado de saúde que lhes provoca incapacidade para a realização das suas tarefas habituais, salientando que 4,4 % (mais de 400 mil pessoas) estão parcial ou totalmente dependentes e, destes 6,7 % (57 987, registos anuais) sofrem de doença do aparelho respiratório, levando a um absentismo na ordem dos 15 milhões de dias/ano, com um custo aproximado de 8 milhões de euros/ano, ao estado português.

No entanto, não se deve descuidar que existem 14 tipos diferentes de doenças respiratórias, sendo as mais conhecidas e preocupantes, pelo seu aumento progressivo relativamente à morbilidade/mortalidade, as seguintes: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC), Asma brônquica, Pneumonias de diferentes etiologias e Neoplasias do trato respiratório, especialmente o cancro do pulmão.

A Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) é uma das principais causas de morbilidade, de perda de qualidade de vida e de mortalidade em Portugal, segundo Bárbara (2006), morrem cerca de 26,2 pessoas por cada 100 000 habitantes.

A exposição prolongada a fatores de risco, como a exposição a fumos, provocados por queimas de madeira, o consumo de tabaco e mesmo outros comportamentos pouco saudáveis, como o consumo de drogas e álcool, levam a processos degenerativos prolongados, que resultam em doenças respiratórias crónicas.

O tabaco é o grande causador da doença pulmonar obstrutiva crónica (90%), sendo a terceira causa de morte em Portugal e quarta nos países desenvolvidos, prevendo-se que em 2020 passe a ser a terceira causa de morte nos países desenvolvidos e a quarta em todo mundo, refere a mesma autora.

A Asma é uma doença sem idade, mas é sobretudo nos mais jovens que a dificuldade de diagnóstico é maior. Existem duas áreas de intervenção: a primeira direcionada para o tratamento de adultos e crianças em idade escolar e a segunda para crianças com menos de seis anos de idade.

Segundo Florindo & Costa (2006), Asma é uma doença inflamatória crónica das vias aéreas que, em indivíduos suscetíveis, origina episódios recorrentes de pieira, dispneia, aperto torácico e tosse, particularmente noturna ou no início da manhã. Estes sintomas estão geralmente associados a uma obstrução generalizada, mas variável das vias aéreas, a qual é reversível espontaneamente ou através de tratamento. É característica da asma a existência de aumento da reatividade brônquica a estímulos diversos.

Dados epidemiológicos referem que a maior parte dos doentes com asma também sofrem de rinite alérgica. Esta realidade está a provocar uma alteração das estratégias adotadas pelos serviços de saúde nomeadamente no que respeita à prestação de cuidados.

As doenças respiratórias crónicas contribuem grandemente para internamentos sucessivos e prolongados, acarretando um sem número de complicações subjacentes, tais como: a imobilidade prolongada e todos os problemas que a mesma acarreta, a maior necessidade de oxigenoterapia de curta e longa duração e infeções respiratórias de repetição.

Inúmeros avanços científicos têm acontecido ao nível do conhecimento da DPOC e da compreensão dos efeitos sistémicos da doença respiratória crónica, bem como das alterações induzidas pelo processo de reabilitação pulmonar. Estes avanços, baseados na evidência, permitem afirmar a necessidade de uma inclusão precoce nos processos de reabilitação respiratória como forma de reduzir a dispneia, aumentar a capacidade para o exercício e melhorar a qualidade de vida (GOLD, 2013).

Um Programa de Reabilitação é definido como:

"uma intervenção baseada na evidência, multidisciplinar e abrangente em pacientes com doenças respiratórias crónicas, que são sintomáticos e muitas vezes têm diminuição da atividade de vida diária. Integrado no tratamento individualizado do paciente, a reabilitação pulmonar é projetada para reduzir os sintomas, otimizar o estado funcional, aumentar a participação e reduzir os custos de cuidados de saúde através da estabilização ou reversão das manifestações sistémicas da doença" (Nici et al.: 2006)

Os principais objetivos destes programas são a redução dos sintomas, a diminuição da incapacidade, o aumento da participação das atividades de físicas e sociais e a melhoria da qualidade de vida (Canteiro & Heitor, 2003). Por forma a atingir estes objetivos os Programas de Reabilitação são projetados para contemplar várias dimensões do tratamento e estão munidos de intervenções diversificadas, que incluem a avaliação objetiva e completa da pessoa/família, a educação do doente e das famílias, medidas de evicção/modificação de fatores de risco, apoio nutricional e psicossocial, reeducação funcional respiratória, treino de exercício e de Atividades de Vida Diária (AVD), reinserção social e profissional (Canteiro & Heitor, 2003; Nici et al., 2006).

Tal como a definição indica, e na opinião dos peritos da área, os programas de reabilitação dever ser levados a cabo por equipas multidisciplinares. Segundo a Direção Geral da Saúde (2009), a equipa deve ser constituída por profissionais como pneumologista, fisiatra, enfermeiro de reabilitação e fisioterapeuta. Psicólogo, nutricionista, assistente social e terapeuta ocupacional são também profissionais a englobar as equipas sempre que possível.

O conceito de reabilitação e de enfermagem de reabilitação, surgiu nos Estados Unidos, como consequência major das guerras que ocorreram durante o século 20. A necessidade de cuidados especializados por parte dos soldados, com vista à sua reinserção na sociedade, conduziu a uma especialidade interdisciplinar, a reabilitação (ARN, 2006).

Desde então, esta tem sido uma ciência em evolução para dar resposta às exigências estabelecidas pela evolução da ciência e da medicina atual, expandindo o seu campo de intervenção a outras áreas como seja a das doenças respiratórias. Vários são os órgãos nacionais e internacionais que se tem debruçado e defendido a necessidade destes profissionais de saúde. Algumas dessas instituições são a Association of Rehabilitation Nurses [ARN], a Canadian Association of Rehabilitation Nurses [CARN], a Australian Rehabilitation Nurses Association [ARNA] e a Ordem dos Enfermeiros [OE]. Também são elas as principais responsáveis pela definição da enfermagem de reabilitação e pela definição das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

A enfermagem de reabilitação, segundo o Regulamento n.º 125/2011, Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, é encarada como uma especialidade multidisciplinar que visa ajudar pessoas, com doenças agudas ou crónicas, a maximizar o seu potencial funcional e independência. a enfermagem de reabilitação é uma área de intervenção que previne, recupera e reabilita as pessoas com doença súbita ou descompensação da sua doença crónica. Promove a maximização das capacidades funcionais da pessoa e consequentemente o seu desenvolvimento pessoal (OE, 2011).

A ARN (2008) refere que a enfermagem de reabilitação faz parte do diagnóstico e tratamento de indivíduos e grupos com problemas de saúde, reais ou potenciais, relacionados com a alteração da sua capacidade funcional normal ou do seu estilo de vida, nos quais estão incluídas as pessoas com DPOC.

A mesma entidade refere que os enfermeiros de reabilitação trabalham em vários *settings*, em contexto agudo, pós-agudo e na comunidade, e com diversos intervenientes, como seja os doentes e suas famílias, com o intuito de maximizar o processo de reabilitação e minimizar a deficiência. Os enfermeiros de reabilitação projetam e implementam estratégias de tratamento que são baseados em teoria de enfermagem científica relacionada ao autocuidado e promovem a saúde física, psicossocial e espiritual (ARNurses, 2006).

Em Portugal as competências do enfermeiro especialista de reabilitação estão regulamentadas e definidas no Artigo 4.º do Regulamento n.º 125/2011. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem as competências específicas:

- “a) Cuida de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados;
- b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania;
- c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.”

São estas competências que servem de sustento à implementação e desenvolvimento dos programas de reabilitação funcional respiratória na exacerbação da patologia respiratória crónica.

Os efeitos da reabilitação funcional respiratória na pessoa com DPOC instável é menos comum e clara do que a da reabilitação na pessoa com DPOC estável (Puhan et al., 2012). De forma a verificar a eficácia e a segurança da reabilitação respiratória após as exacerbações da DPOC, a Cochrane review realizou uma revisão sistemática. Esta concluiu que com a implementação de um programa de reabilitação numa fase de agudização existia uma diminuição dos reinternamentos, da mortalidade, havia um aumento considerável nos índices de qualidade de vida, e melhoria no teste de marcha dos 6 min. Nenhum efeito adverso foi registado nos 6 estudos identificados (Puhan et al., 2011).

Esta visão parece ser apoiada por Reid et al. (2012). Estes autores realizaram uma revisão sistemática sobre a prescrição de exercício na pessoa com DPOC após uma agudização e constataram que os estudos presentes demonstravam benefícios na prescrição de exercícios nesta fase.

Os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação concebem e implementam intervenções procurando otimizar e/ou reeducar as funções ao nível motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade; implementam e programam o treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia no exercício dos autocuidados e da qualidade de vida; implementam programas de treino motor e cardiorrespiratório (Portugal, 2011).

A presença permanente do enfermeiro de reabilitação junto das pessoas com necessidades de reabilitação e o seu papel de consultadoria com a equipa de saúde é hoje entendida como uma mais-valia. No entanto, os constrangimentos financeiros a que o setor da saúde está sujeito, faz com que estes profissionais nem sempre sejam devidamente rentabilizados, para isso muito contribuem a falta de definição de uma política de recursos humanos e a existência de normas de orientação sobre a atividade dos enfermeiros de reabilitação que garantam o acesso atempado de cuidados de reabilitação às pessoas que deles necessitam.

De acordo com Routasalo et al. (2004) a enfermagem de reabilitação centra no doente o seu modo de ação, todas as intervenções são voltadas especificamente para a reabilitação, apoia a pessoa na autodeterminação, promoção de um sentimento de segurança e uma vida significativa. Para Leprohon (2001:6), “A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem, caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu

papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde.”

O autocuidado é o princípio fundamental subjacente às intervenções autónomas desenvolvidas por enfermeiros ou em colaboração com outros profissionais de saúde; é a principal preocupação e objetivo, é um componente na reabilitação de doenças crónicas ou em programas de autogestão (Sidani, 2011). O autocuidado é foco e resultado das intervenções de enfermagem. São vários os fatores que têm contribuído para a sua importância dentro do sistema de saúde: a prevalência da doença crónica com o envelhecimento da população; mudança do foco dos cuidados de saúde centrado na cura para a promoção da saúde; a preocupação em reduzir custos com a saúde que levou a períodos mais curtos de hospitalização e ao surgimento dos cuidados em ambulatório; ao aparecimento de um consumidor mais informado sobre as questões de saúde, a crer tomar decisões sobre os seus cuidados e a melhorar a sua saúde e bem-estar (Dodd & Miaskowski, 2000).

O envelhecimento da população é um tema recorrente na literatura sobre cuidados de saúde e, no que concerne ao serviço de urgência, esta é uma realidade presente. Segundo Sales & Iraci (2007) estamos perante uma população idosa com elevada prevalência de doenças crónicas degenerativas, somada à decorrência de pluripatologia. No entanto, a presença de doença crónica não é sinónimo de incapacidade para gerir o dia-a-dia de forma autónoma.

Resultante da sua condição de saúde, as pessoas vêm-se confrontadas com restrições à mobilidade, o que as torna mais suscetíveis a complicações como insuficiência cardíaca, deterioração articular, condições trombo-embólicas, incapacidade para prevenir a perda funcional e a manutenção das atividades de vida diária. O enfermeiro de reabilitação desenvolve um conjunto de intervenções para minimizar estes efeitos. Gu & Vicki (2008) realizaram uma meta-análise para estudar o impacto de um programa de exercício no estado funcional dos idosos, demonstraram ser estatisticamente significativos os resultados alcançados por essas pessoas no respeitante à melhoria do desempenho físico.

Capacitar as pessoas para a gestão da sua saúde e dos sintomas, na presença de doença crónica é um dos desígnios dos profissionais de enfermagem. Os enfermeiros de reabilitação trabalham com os utentes para atingir o nível máximo de independência funcional e na realização das atividades de vida diária, promovendo o autocuidado e reforçando comportamentos de adaptação positiva (Hoeman, 2000).

As alterações respiratórias são frequentemente causa de internamento. Hoeman (2000), afirma que os problemas mais comuns da função respiratória estão relacionados com a limpeza ineficaz das vias aéreas, ventilação ineficaz ou alteração do padrão ventilatório que

se traduz em dificuldade respiratória, tosse produtiva, intolerância ao exercício e às atividades de vida diária (AVD).

A cinesiterapia respiratória ou reeducação funcional respiratória é a terapia pelo movimento que atua sobre os fenómenos mecânicos da respiração, permite melhorar a ventilação alveolar com repercussões na relação ventilação perfusão. Magalhães (2009), através de uma revisão sistemática da literatura, traz à evidência que o processo de cuidados de enfermagem com recurso a programa de reabilitação respiratória tem efetividade.

A reabilitação respiratória, incluindo o treino pelo exercício, tem trazido à evidência que melhora a sintomatologia, reduz a incapacidade, melhora a qualidade de vida e promove a adaptação e reintegração social dos doentes, como demonstram Corhay et al. (2012) em doentes idosos com doença obstrutiva grave e muito grave. Puhan et al. (2005) traz à evidência, através de uma revisão sistemática, que os doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) sujeitos a um programa de reabilitação respiratória reduzem o risco de internamento por exacerbação de sintomas. Segundo Oh & Soo (2007) a reabilitação respiratória contribui para uma economia substancial dos custos de saúde por redução dos tempos de internamento e do número de hospitalizações das pessoas com doença respiratória crónica.

Vários são os estudos que demonstram a efetividade de um programa de reabilitação na manutenção, ou aquisição de competências de autocuidado (Doran et al. 2006; Marek et al. 2006; Rose et al., 2007). As intervenções do enfermeiro de reabilitação, face à diminuição das habilidades de autocuidado, visam potenciar as capacidades da pessoa e/ou desenvolver estratégias adaptativas que permitam a utilização do máximo potencial de autocuidado.

O autocuidado é um resultado consistente com a perspetiva de enfermagem, concentra-se na promoção da saúde, funcionalidade e bem-estar, é sensível às intervenções e cuidados de enfermagem; é um conceito fundamental no sistema de saúde atual, permite que as pessoas, especialmente aquelas com doenças crónicas, monitorizem e reconheçam as mudanças no seu corpo, escolham e implementem estratégias adequadas para gerir estas mudanças. Comportamentos de autocuidado permitem reduzir o risco de complicações, melhorar a adaptação à doença, controlar sintomas, melhorar a funcionalidade e, consequentemente, melhorar a qualidade de vida e reduzir a utilização dos serviços de saúde. O autocuidado é relevante para as pessoas, vistas em todo o *continuum* de saúde, ou seja, nas várias situações e contextos (primária, aguda, em casa, reabilitação e cuidados de longa duração). No entanto, os resultados esperados variam entre populações e ambientes de saúde (Sidani, 2011).

2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

No sentido da melhoria contínua da prestação de cuidados de enfermagem no serviço de urgência do HESE-EPE, e para consolidar os padrões de qualidade na referida instituição, surgiu a necessidade de realizar este projeto de enfermagem de reabilitação, no qual se delimitam os objetivos e planeiam previamente as atividades que se irão desenvolver durante o estágio.

Segundo Raynal (2000:68), “um projeto é a expressão de um desejo, de uma vontade, de uma intenção e de uma ambição. É também a expressão do necessitar de algo, de uma situação futura vivamente desejada”. Assim, através da realização deste projeto, vamos expressar toda a nossa ambição em relação à prestação de cuidados de enfermagem de reabilitação, ou seja, vamos orientar e planejar os objetivos que pretendemos alcançar no que diz respeito à reeducação funcional respiratória (RFR) e motora (RFM), no serviço de urgência.

Em Portugal, as doenças respiratórias continuam a ser uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, com tendência clara para o aumento da sua prevalência, ao contrário do que acontece com outras patologias, nomeadamente as cardiovasculares. As doenças respiratórias crónicas atingem cerca de 40% da população portuguesa, calculando-se uma prevalência de 10% para a asma, de 25% para a rinite e 14,2% para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) em pessoas com mais de 40 anos (DGS, 2012).

Os profissionais de reabilitação assumem a responsabilidade do diagnóstico precoce e do tratamento dos problemas respiratórios reais ou potenciais, reduzindo, dessa forma, a morbilidade e a mortalidade que lhe são associados. Para melhorar a saúde respiratória no ambiente doméstico os doentes devem aprender a reconhecer e a tratar os problemas respiratórios nos seus estádios iniciais, antes de se tornarem perigosos para a vida. A equipa de reabilitação desempenha um papel vital na melhoria da qualidade de vida dos doentes, ensinando-os a gerir os seus problemas respiratórios (Hoeman, 2011).

No âmbito da equipa multidisciplinar que cuida dos doentes com problemas respiratórios, os enfermeiros especialistas em reabilitação têm um papel determinante na prevenção de complicações e no desenvolvimento de maior independência funcional e qualidade de vida do doente e da sua família, o que se repercute em ganhos em saúde e económicos relevantes (APER, 2010).

Complementando com a função respiratória, recuperar a função motora é um elemento chave da reabilitação. Quer o problema seja de fraqueza, fadiga, dor, ou imobilidade e atrofia, o objetivo da reabilitação é permitir que os doentes recuperem um máximo de função, coordenação, força, resistência e conforto (Hoeman, 2011). E este é outro dos grandes objetivos dos enfermeiros especialistas em reabilitação.

O aumento do número de pessoas com doenças crónicas na população portuguesa é uma realidade preocupante, nomeadamente pelas suas repercussões a nível social, económico e na saúde em especial. Neste sentido, o potencial dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação para contribuir para a melhoria da saúde da população, através da atenção à prevenção e cuidados na doença crónica, é irrefutável.

São hoje reconhecidos na sociedade, os efeitos negativos da imobilidade provocada por doenças agudas ou crónicas. Os avanços científicos e tecnológicos evidenciam uma tendência para que a prescrição da restrição da mobilidade, como coadjuvante do processo terapêutico, seja cada vez menor. O levante precoce após uma cirurgia ou doença prolongada é essencial para restabelecer o conjunto de alterações orgânicas induzidas pela inatividade (OE, 2013).

A mobilidade é, crucial para o desempenho das atividades de vida diária e para garantir não somente as necessidades da pessoa mas também para obter o preenchimento das necessidades psicossociais mais elevadas que envolvem a qualidade de vida (Fricke, 2010).

2.1 - O DOENTE COM PATOLOGIA RESPIRATÓRIA CRÓNICA

A doença crónica é aquela que não é resolvida, num tempo curto, definido usualmente em três meses. Estas doenças, que não colocam em risco a vida da pessoa, num curto prazo de tempo, não são consideradas emergências médicas. No entanto elas podem ser extremamente sérias, tais como: o cancro, a DPOC, entre outras, causando quase sempre a morte.

Nas doenças crónicas os sintomas existem continuamente, mesmo que não ponham em risco a saúde física da pessoa (em alguns casos) e são extremamente incomodativas, levando à disrupção da qualidade de vida e atividade da pessoa.

As doenças crónicas atingem milhares de pessoas, não escolhem idade, abrangendo, desde o nascimento, todas as faixas etárias, até à velhice. A maioria das pessoas atingidas pelas doenças crónicas incapacitantes não consegue, fazer um percurso escolar e/ou laborais, outras são reformadas compulsivamente, ou recebem benefícios sociais, pensões e reformas baixíssimas em consequência das suas patologias.

São pessoas que necessitam de recorrer diariamente medicamentos, produtos e materiais de desgaste rápido, os quais são imprescindíveis à sua sobrevivência, ao correto e seguro tratamento e à qualidade de vida.

O elevado custo dos medicamentos, em alguns casos, mesmo tratando-se de genéricos, a necessidade imperiosa que estes doentes têm de tomar diariamente os medicamentos essenciais ao tratamento da sua doença, exigem que o Estado Português tome um conjunto de medidas integradas nesta área para que sejam efetivos os “Ganhos de Saúde”.

As Doenças Crónicas incapacitantes abrangem hoje cerca de 40% a 45% do total das doenças sinalizadas no nosso país. A tendência é para que este número continue a crescer exponencialmente, segundo o Plano Nacional de Saúde (APCL, 2006).

A OMS revelou que 17 milhões de pessoas morrem prematuramente por ano devido a doenças crónicas. Num relatório a OMS propõe um plano global de ação para prevenir a doença crónica, plano que pode salvar a vida a 36 milhões de pessoas, que de outra forma iriam morrer até 2016.

Segundo Oliveira (2005), a maior parte destes casos, são provocados por três fatores de risco modificáveis – alimentação deficiente, inatividade física e uso do tabaco. Então basta evitar/prevenir os fatores de risco para que as doenças crónicas diminuam ou mesmo sejam erradicadas (em alguns casos), do mundo.

Entre as medidas de prevenção de baixo custo estão a diminuição do sal nos alimentos, a distribuição de refeições equilibradas nas escolas, o incentivo à prática de desporto, o aumento dos impostos do tabaco e a proibição do consumo do mesmo em locais públicos.

Em Portugal, como na maioria dos países do mundo as doenças crónicas estão a aumentar a um ritmo alucinante, como já anteriormente foi referido, pelo que não devemos deixar de dar um destaque especial àquela que consideramos a mais evolutiva, a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC).

Estima-se que afete, em Portugal, cerca de 5,3% da população. O tabagismo é a grande causa. Podemos então chegar à questão: **O que é a DPOC?** Segundo a Sociedade Portuguesa de Pneumologia, “é um estado patológico que se caracteriza por uma limitação do débito aéreo (ventilação), geralmente progressiva e com reduzida reversibilidade.”

A sua origem está normalmente associada a uma resposta inflamatória anómala dos pulmões à inalação de partículas ou gases nocivos.

As alterações patológicas pulmonares conduzem a alterações fisiológicas características, como a hipersecreção de muco, disfunção ciliar, limitação do débito aéreo, hiperinsuflação pulmonar, anomalias das trocas gasosas, hipertensão pulmonar e cor

pulmonale. Estas alterações desenvolvem-se em função do processo de evolução da doença.

Existem evidências científicas de que parar de fumar é a única medida que contraria, efetivamente, a evolução da doença pulmonar obstrutiva crónica e a que tem melhor relação custo/benefício.

A falta de exercício físico, seja por sedentarismo ou por impossibilidade física, pode levar a pessoa a um mau estado físico global, tornando-o suscetível a uma série de fatores de risco para a saúde, como o aumento da pressão arterial, aumento do peso corporal e a diminuição da mobilidade, com repercussões graves na função respiratória. A redução da mobilidade diminui os movimentos respiratórios, afetando as trocas gasosas e levando a distúrbios do padrão respiratório. (Payton & Polland, 2003).

Para Raposo & López (2002), os efeitos da imobilidade são definidos como uma redução na capacidade funcional de todos os sistemas, demonstrando que os mesmos efeitos atingem todo o corpo. A prevenção de tais complicações deve ser o princípio básico de qualquer plano de tratamento, que para se obter bons resultados, deve iniciar-se precocemente.

A imobilidade pode alterar também o estado emocional de um indivíduo, pois a pessoa imóvel/acamada, pode apresentar ansiedade, apatia, depressão, labilidade emocional, isolamento social, entre outros, deteriorando ainda mais a função respiratória. (Raposo & López, 2002).

Esta realidade pode ser mudada. O papel do enfermeiro especialista em reabilitação é de vital importância para que esta situação se altere, quer através do ensino às famílias, quer através da formação dada aos colegas. O que poderá levar a que uma parte significativa e cada vez mais precoce desses cuidados, que anteriormente eram realizados nos hospitais, sejam agora prestados na comunidade, muitos deles em contexto familiar ou institucional.

2.2 – COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM REABILITAÇÃO

Conforme publicado no Diário da República, 2.^a série – N.º 35 – 18 de Fevereiro de 2011 e no regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação n.º 125/2011, a reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar

a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa.

A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades. Para tal, utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos clientes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração das pessoas na família e na comunidade, proporcionando-lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida.

Assim, são unidades de competências do enfermeiro de reabilitação:

a) Cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados.

a)1 – Avaliando a funcionalidade e diagnosticando alterações que determinam limitações da atividade e incapacidades.

a)2 – Conceber planos de intervenção com o propósito de promover capacidades adaptativas com vista ao auto controlo e autocuidado nos processos de transição saúde/doença e ou incapacidade.

a)3 – Implementar as intervenções planeadas com o objetivo de otimizar ou reeducar as funções aos níveis motor, sensorial, cognitivo, cardiorrespiratório, da alimentação, da eliminação e da sexualidade.

a)4 – Avaliar os resultados das intervenções implementadas.

b) Capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania

b)1 – Elabora e implementa programa de treino de AVD visando a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e da qualidade de vida.

b)2 – Promove a mobilidade, a acessibilidade e a participação social

c) Maximiza a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa

c)1 – Concebe e implementa programas de treino motor e cardiorrespiratório.

c)2 – Avalia e reformula programas de treino motor e cardiorrespiratório em função dos resultados esperados (Lei nº 125, 2011).

2.3 - O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

A enfermagem de reabilitação surge em Portugal na década de sessenta, na sequência de um projeto da década anterior, resultante da necessidade de especializar um conjunto de profissionais de saúde, entre os quais enfermeiros e construir um centro de reabilitação capaz de dar resposta às necessidades dos grandes deficientes motores, a exemplo do que acontecia em muitos países do mundo. Este centro incluiria uma equipa multiprofissional e multidisciplinar, onde o enfermeiro de reabilitação daria particular atenção aos aspetos que dizem respeito ao autocuidado e atividades de vida diária, perspetivando-os num paradigma de recuperação funcional tendencialmente dirigida para a recuperação da autonomia nas atividades de vida (OE, 2003).

A reabilitação, enquanto especialidade multidisciplinar, compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que permite ajudar as pessoas com doenças agudas, crónicas ou com as suas sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os seus objetivos gerais são melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima. A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (por doença ou acidente), nomeadamente ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades (Portugal, 2011).

As capacidades de autocuidado e de realização das atividades de vida diária concorrem diretamente para a qualidade de vida, contribuindo decisivamente para que a pessoa se realize a níveis cada vez mais elevados. Este autocuidado é universal e, tal como adianta Queirós (2010), não se restringe às atividades de vida diária, nem às atividades instrumentais da vida diária, mas abrange todos os aspetos vivenciais.

Orem (1995) citada por Denyes et al. (2001) desenvolveu a teoria de enfermagem do défice de autocuidado a qual é composta por três teorias inter-relacionadas: a teoria do autocuidado; a teoria do défice de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem.

Orem Identificou três classificações de sistemas de enfermagem de forma a poder dar resposta aos requisitos de autocuidado do paciente. Assim sugere o sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e o sistema de apoio e educação. No sistema totalmente compensatório as pessoas apresentam limitações que as tornam socialmente dependentes de outros para continuar a sua existência e o seu bem-estar. Relativamente ao sistema de enfermagem parcialmente compensatório tanto o enfermeiro quanto o cliente desempenham as medidas de cuidados ou outras ações, envolvendo as tarefas de manipulação ou a deambulação. No que concerne ao sistema de apoio-educação, a pessoa é capaz de desempenhar o seu autocuidado não necessitando de assistência, pode no entanto necessitar de aprender a executar através de orientação. Desta forma, o papel do enfermeiro é o de promover o cliente como um agente de autocuidado, fomentando a tomada de decisão, o controle do comportamento e a aquisição de conhecimento e capacidades (Taylor, 2004).

A autora entende autocuidado Universal como autocuidado natural, que existe para suprir, satisfazer necessidades inerentes ao processo de vida ao longo do ciclo vital. A estas necessidades de autocuidado, a pessoa responde com um conjunto de recursos pessoais e sociais e exigências do meio. Quando os recursos existentes não permitem a auto satisfação dessas necessidades, a capacidade de autocuidado diminui e surge a exigência de auto cuidado terapêutico, podendo tornar-se imperioso a ajuda de terceiros, os agentes, que fornecem autocuidado (Taylor, 2004).

O conceito de autocuidado encerra as noções de autonomia e independência, que muitas vezes é utilizado de forma indiferenciada, para o desempenho em pleno do papel de agente de autocuidado terapêutico é importante distinguir os dois conceitos Vieira (2004) concebe autonomia na esfera da capacidade de decisão, definindo-a como a capacidade do indivíduo em manter o seu poder de decisão, mas também como capacidade de comando e como faculdade de se governar a si próprio. A independência reporta-se à capacidade funcional da pessoa na realização de tarefas que fazem parte do quotidiano de vida e lhe asseguram a possibilidade de viver sozinho em contexto domiciliário.

Ainda relativamente ao autocuidado, a capacidade de adquirir, ter ou recuperar o autocuidado, de forma autónoma ou com ajuda de outros, acontece de forma faseada, considerando o autocuidado estimativo, o autocuidado transitivo e por fim o autocuidado produtivo (Queirós, 2010).

O autocuidado estimativo reflete a capacidade que as pessoas têm que adquirir para a identificação do que precisam para recuperar autonomia. Trata-se de fazer uma estimativa. Por outro lado, o autocuidado transitivo traduz a capacidade da pessoa para identificar as várias opções para a aquisição ou recuperação e escolher uma delas. Finalmente, o

autocuidado produtivo, quando existe a capacidade real de autocuidado, onde é demonstrada a capacidade da pessoa se cuidar (Cardoso et al., 2012).

O autocuidado é mais do que um grupo de capacidades aprendidas. É um processo que proporciona ao utente e família a sua primeira oportunidade de adquirir a capacidade de funcionar eficazmente após um acidente ou doença e assumir responsabilidade pelos cuidados de saúde pessoais (Theuerkauf, 2000).

Para Hesbeen (2001) a reabilitação, mais do que uma disciplina, é o testemunho de um espírito particular do interesse sentido pelo futuro da pessoa, mesmo quando a cura ou a reparação do seu corpo deixam de ser possíveis. A reabilitação intervém para maximizar a funcionalidade, a independência física, emocional e social, dirigindo a sua ação para a prevenção e tratamento, contextualizando o indivíduo, a família e a comunidade numa perspetiva mais social e menos biológica.

O cuidar não é entendido pela enfermagem de reabilitação como um ato individual, é antes um ato de reciprocidade, em que o projeto de saúde é construído em parceria, para desta forma contribuir decisivamente para a autodeterminação da pessoa na construção do seu projeto de saúde de forma livre e responsável.

A enfermagem de reabilitação é um exemplo perfeito do que significa a enfermagem holística. Na reabilitação todos os aspetos dos doentes e as suas interações são avaliados e encaminhados, tais como: os aspetos físicos, psicológicos, cognitivos, sociais e financeiros.

A enfermagem de reabilitação inclui ainda, para além da tradicional relação enfermeiro/doente, a família e a comunidade no processo de tratamento. Em alguns casos a Reabilitação da pessoa/família requer uma equipa multidisciplinar numerosa, mas outros podem ficar plenamente resolvidos apenas com a intervenção de um Enfermeiro de Reabilitação, desde que previamente enquadrado, com as necessidades individuais da pessoa/família.

Para Hesbeen (2003:11):

“ a reabilitação, mais do que do que uma disciplina, é o testemunho de um espírito particular; os do interesse sentido pelo futuro da pessoa mesmo quando a cura ou a recuperação do seu corpo – regresso do mesmo à normalidade – deixam de ser possíveis”.

Os avanços tecnológicos e o desenvolvimento dos recursos humanos na área da saúde têm vindo a permitir um aumento significativo da sobrevida, a situações de doença ou acidente, o que tem como consequência a existência de um crescente número de pessoas com deficiência.

Neste contexto é inquestionável a necessidade de enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, na reeducação funcional respiratória, que para Hesbeen

(2003:9) são “os artesãos e artistas ao serviço do ser humano em situação de inferioridade”. A necessidade de enfermeiros de reabilitação, na reeducação funcional respiratória, no exercício das suas funções, ainda se torna mais premente, uma vez que, as doenças crónicas do foro respiratório, estão a aumentar consideravelmente, como já foi referido. Assim e segundo o National Institutes Of Health (1994:214) a reabilitação respiratória:

“... é um conjunto multidimensional de serviços dirigidos a pessoas com doenças pulmonares e às suas famílias, normalmente compostos por uma equipa de especialistas multidisciplinares com o objetivo de atingir e manter o nível individual máximo de independência e funcionamento na comunidade.”

A prevenção e o diagnóstico precoce no tratamento dos problemas respiratórios reais ou potenciais, desempenham um papel vital na melhoria da qualidade de vida destes doentes, assim como o ensino aos mesmos para gerirem, eles próprios, os seus problemas respiratórios (Hoeman, 2000), pelo que o programa de reabilitação deve iniciar-se logo que o estado de consciência e vontade da pessoa o permitam, conseguindo-se um cuidar de qualidade que rentabilize as estruturas existentes, traduzido em ganhos efetivos para a pessoa/família/sociedade.

A resposta eficaz às necessidades da pessoa, na fase aguda dos seus problemas de saúde, é inseparável da exigência de dar continuidade a esses cuidados, qualquer que seja o âmbito em que a pessoa viva. Subsiste assim, um grande número de pessoas com carências básicas ao nível das suas condições de vida, e de saúde em particular, sem que os serviços públicos lhe garantam o apoio necessário.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação deve ter capacidade para ajudar a pessoa/família no plano físico, moral, social, familiar e na integração profissional, de onde se revela a pertinência do seu papel como determinante para uma reintegração com sucesso na comunidade. O cuidar não “termina” com a entrega da carta de alta, vai mais além, este tem de continuar a ser uma referência para a pessoa.

Desta forma, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, tem de ter em mente que os membros da família, por vezes, também se tornam focos de cuidados, pois a família tem as suas próprias necessidades à medida que lida com o impacto da doença e do internamento do seu ente querido.

Para que haja continuidade dos cuidados no domicílio, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação deve estabelecer uma relação de confiança com os familiares, de modo a obter a sua cooperação, empenhamento e participação destes, nos cuidados essenciais para proporcionar qualidade de vida à pessoa com doença respiratória.

A família ou os que fazem parte do ambiente afetivo próximo da pessoa/família, têm de ser vistos como parceiros na prestação de cuidados. Face às políticas de saúde vigentes, a permanência dos mesmos em ambiente hospitalar quer-se reduzida, pelo que os familiares

constituem um recurso pertinente para a continuidade dos cuidados após a alta, pois são eles que vão continuar a prestar os cuidados de manutenção (Collière, 1999).

A mesma autora reforça a ideia referindo que, a família é o “ (...) eixo dos cuidados, no sentido em que é, simultaneamente, o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem, ao mesmo tempo que detém em si própria um valor terapêutico” (Collière, 1999:152).

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação no seio da equipa multidisciplinar é assim, um perito, compete-lhe encaminhar a pessoa/família, mostrando-lhes o leque de alternativas possíveis, porque muitas vezes estes não conseguem deslumbrar o caminho a percorrer.

Consequentemente, o enfermeiro exerce uma função de guia orientador no sentido da mudança, e ao ajudar a mudar age como mediador psicológico e cultural, utilizando os objetivos a atingir como fim terapêutico (Benner, 2001).

Simultaneamente surge como um conselheiro, porque tem um discurso pertinente e esclarecedor perante os diferentes caminhos possíveis, pois é no interior desta malha complexa da equipa multidisciplinar, crescente de representações, de expectativas, de constrangimentos, que se insere a pessoa/família, com doença respiratória, e o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação delibera com eles, para os ajudar a orientarem-se (Hesbeen, 2001).

Neste sentido, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem de ser visto como uma referência para a equipa, pois é “especialista em pequenas coisas”, contribuindo desta forma para dar sentido à vida e para alimentar a esperança (Hesbeen, 2003).

2.4 - O ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NA REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA

Considerando a **Reabilitação** como “um processo global e dinâmico orientado para a recuperação física e psicológica da pessoa portadora de deficiência, tendo em vista a sua reintegração social (...)” (Direção Geral de Saúde, 2003:1), a reabilitação numa fase inicial da sua existência, atendeu sobretudo à pessoa/família com doenças neuromusculares e músculo-esqueléticas, sendo apenas pedido o apoio à Pneumologia, para orientar os profissionais de saúde, a pessoa e família em algumas situações, que se complicavam, devido a alterações do foro respiratório.

A **Reabilitação Respiratória**, tem uma aceitação mais tardia, apenas pela década de 70, contudo nos anos seguintes apresentou uma evolução intensa, conquistando a sua existência, pelos resultados obtidos junto da pessoa/família.

Assim, segundo a *Comissão do American College of Chest Physicians*, citada por Canteiro e Heitor,

“... a reabilitação pulmonar foi definida como uma arte da prática médica onde a formulação dum programa multidisciplinar individualmente aplicado, através do diagnóstico correto, do tratamento, do apoio emocional, e da educação, estabiliza ou reverte as alterações físico e psicopatológicas das doenças pulmonares e tenta conseguir para o indivíduo a maior capacidade possível permitida pelo seu compromisso pulmonar e pela sua situação de vida” (2003:1785).

Sendo uma definição aceite oficialmente pela *American Thoracic Society* em 1981, adota a RFR, como uma prática integrante do programa de reabilitação, tendo como objetivos principais: “... controlar e aliviar o mais possível os sintomas e complicações fisiopatológicas do compromisso respiratório, ensinar o doente a atingir a sua melhor capacidade para efetuar as atividades de vida diária” (Heitor, 1997:1017).

Por outro lado na Europa o interesse pela Reeducação Funcional Respiratória, foi mais recente, tendo o seu maior impacto, quando em 1976, com a criação da *Societas Europea Physiologiae Clinicae Respiratoriae* (SEPCR), que se debruçava principalmente sobre a readaptação das pessoas com doenças pulmonares crónicas. Neste sentido, tem-se verificado nos últimos 15/20 anos um forte impulso da RFR, sobretudo devido ao avanço da tecnologia, dos conhecimentos na área da fisiopatologia e fisiologia respiratória, do sono, da qualidade de vida.

A RFR evoluiu de tal forma que conquistou um conceito com suporte científico, sendo relevante a sua intervenção face às implicações individuais, sociais e económicas, manifestadas pelo crescente número de pessoas com doenças do foro respiratório, sobretudo pessoa/família com doença respiratória crónica (Canteiro & Heitor, 2003).

Sendo a RFR cada vez mais encarada como um conjunto de intervenções personalizadas e fundamentadas em avaliações com metodologia científica, aplicado ao longo do ciclo da vida, de uma forma abrangente e flexível de forma a melhorar a capacidade funcional e a qualidade de vida da pessoa/família, foi em 1997 aprovado um novo conceito, dando resposta a necessidades mais atuais. Segundo a *European Respiratory Society*, citada por Canteiro & Heitor,

“... a Reabilitação Pulmonar é um processo que usa de modo sistemático opções diagnósticas e terapêuticas cientificamente baseadas para conseguir um funcionamento ótimo nas atividades de vida diária e uma qualidade de vida relacionada com a saúde, de doentes individualizados sofrendo de deficiência e incapacidade devida a doença respiratória crónica, medidos por instrumentos de resultados clínica e/ou fisiologicamente relevantes” (2003:1785).

Existe ainda um outro conceito relacionado com a fisiologia, que considera a RFR, como uma terapêutica baseada no movimento, atuando principalmente a nível dos fenómenos mecânicos da respiração ou ventilação interna, para através destes tentar melhorar a ventilação alveolar ou interna, diminuindo assim o trabalho respiratório, (Heitor, 1988). Pelo que a enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, irá atuar através das técnicas de RFR, sobre a ventilação externa ou mecânica ventilatória.

Assim, os **objetivos** da RFR são:

- Prevenir e corrigir as alterações de esqueleto e músculos;
- Reduzir a tensão psíquica e muscular, diminuindo assim a sobrecarga muscular;
- Assegurar a permeabilidade das vias aéreas;
- Prevenir e corrigir os defeitos ventilatórios para melhorar a distribuição e a ventilação alveolar;
- Melhorar a “*performance*” dos músculos respiratórios;
- Reeducação no esforço.

Atualmente a RFR, encontra-se amplamente divulgada, constituindo uma medida terapêutica em diversas situações.

Indicações, para a RFR:

- Alterações da caixa torácica (deformidades da coluna e da parede);
- Patologia neuromuscular com repercussão na dinâmica torácica;
- Patologias da pleura, (derrame pleural, Pneumotórax);
- Patologia Broncopulmonar (pneumonias, atelectasia, granulomatoses e fibroses pulmonares);
- Patologia cardíaca (cardiopatia isquémica, *cor pulmonale*);
- Geriatria, gerontologia e outras situações do foro médico, em que exista estase de secreções, insuficiência respiratória e pessoas do foro cirúrgico, (Heitor et al, 1998).

No entanto existem situações em que a RFR pode não trazer benefícios, sendo mesmo contraindicada:

- Hemoptises e hemorragia digestiva;
- Edema pulmonar agudo;
- Estado de choque;
- Síndrome de dificuldade respiratória do adulto;
- Embolia pulmonar;
- Tuberculose pulmonar ativa;
- Cancro do Pulmão e pleura, (Heitor et al, 1998).

Nesta perspetiva deve-se considerar que cada caso é um caso, logo as contraindicações ou limitações "... são mais relativas que absolutas. Existindo sim contraindicações para a utilização de determinadas técnicas em determinadas situações clínicas.", (Heitor et al, 1988:70). Pelo que cada situação, deverá ser ponderada individualmente, em estreita relação com toda a equipa de cuidados, para que a pessoa/família adquira o máximo da sua autonomia, no mínimo tempo possível.

Se lembrarmos Hesbeen (2001), citando Gueibe, dentro deste contexto afirma que a equipa de cuidados deve ter como objetivo permitir que a pessoa recupere a sua autonomia o mais precocemente possível, utilizando para isso, um conjunto de competências, que se irão consagrar numa sinergia de forma a obter um desempenho de elevado nível. Sendo a pessoa e sua família o centro de todo o panorama terapêutico.

2.4.1 - Avaliação Funcional Respiratória

No início do planeamento de um programa de reabilitação na aérea da reeducação funcional respiratória, é necessário efetuar uma correta avaliação da pessoa/família que temos perante nós, de forma a permitir à pessoa/família preservar, desenvolver e recuperar o seu potencial.

Neste sentido a enfermeira especialista em reabilitação, necessita efetuar uma correta avaliação, para posteriormente delinear e implementar um programa de RFR, adaptado a essa pessoa/família. Assim a avaliação respiratória deve ser individualizada, proporcionando um ambiente calmo e relaxante, sem interferências, como forma de garantir uma avaliação completa, identificando as suas necessidades a vários níveis (fisiológicos e biopsicossociais).

A **história respiratória**, reveste-se de grande importância; **história clínica** atual e pregressa, **história familiar**, sinais e sintomas, repercussões a outros órgãos.

A **avaliação física**, que inclui a observação de sinais e sintomas, observação detalhada do tórax, avaliação nutricional, palpação, auscultação, inspeção, percussão; a **avaliação da tolerância ao esforço**, a **qualidade de vida**, a **avaliação psicológica**, **avaliação dos exames complementares de diagnóstico**, como a radiografia do tórax, gasimetria arterial, oximetria periférica, análises laboratoriais, entre outros, são todos aspetos importantes. (Sousa, 2008).

No momento em que a enfermeira, se senta junto do doente e procura, obter uma história clínica pessoal/familiar, minuciosa, é o momento em que possivelmente se inicia uma relação de empatia e de ajuda, o facto da pessoa/família ter perante si alguém que o escuta nas suas ansiedades e preocupações, ajuda nas suas dificuldades e o orienta nas

suas dúvidas, na promoção do autocuidado e na conquista da sua autonomia, permite estabelecer uma relação muito “especial” entre os dois, passando a enfermeira especialista em reabilitação a ser uma referência para si, dentro da equipa de saúde. “ O encontro e os laços de confiança que se criam são os primeiros elementos que permitem cuidar a pessoa na perspetiva da saúde, na perspetiva da recuperação do equilíbrio do ser, ao longo de um percurso singular e particular” (Hesbeen, 2003:75).

No que diz respeito à avaliação respiratória a **inspeção** deve iniciar-se logo durante a entrevista, altura em que se observa a coloração da pele, incluindo o tórax, membros superiores e inferiores mucosa oral, boca, lábios e leitos ungueais para despiste da cianose central ou periférica ou outras patologias (exemplo: hipocratismo digital), temperatura da pele e extremidades.

Posteriormente procura avaliar-se o movimento respiratório (frequência, ritmo, amplitude), identificando simultaneamente a configuração e simetria torácica, a utilização dos músculos acessórios da respiração, avalia-se o padrão respiratório adotado pela pessoa, relacionando-o com possíveis causas.

Observa-se também a existência de cicatrizes, massas ou soluções de continuidade no tórax. A existência de deformidades da parede torácica posterior também deve ser avaliada, nomeadamente lordose, escoliose, cifose e cifoescoliose, uma vez que também estas podem, interferir na ventilação.

O facto de que a frequência respiratória varia com a idade e o sexo e que a respiração da mulher é predominantemente costal e do homem diafragmática, tem de ser tido em conta nesta avaliação.

A **palpação** como técnica utilizada para obter informações respiratórias através da sensação tátil, utilizando as duas mãos para comparar simultaneamente o lado esquerdo e o lado direito do tórax da pessoa, parece ser uma técnica simples, mas reveste-se de grande importância, como refere Esmond:

“... a superfície palmar da mão e dos dedos, é mais sensível do que a ponta dos dedos e é utilizada para distinguir o tamanho e a forma, enquanto a superfície cubital da mão e dos dedos é utilizada para avaliar a vibração provocada pela transmissão de ondas sonoras do interior do tórax para a sua parede. A face dorsal das mãos é utilizada para distinguir o quente e o frio” (2005:29).

A palpação da traqueia, como forma de nos certificarmos que esta se encontra na linha média ou desviada para a direita ou esquerda, o mediastino, o tórax, pesquisando pulsações, sensibilidades, depressões, protuberâncias e movimentos paradoxais, avaliação da expansão torácica e vibrações vocais (avaliadas quando a pessoa fala, pelo que não são possíveis de avaliar na pessoa ventilada), são avaliações que devem constar do programa de RFR.

A **percussão**, é uma técnica realizada através do batimento de um objeto, contra o outro, produzindo sons ressonantes que têm origem nas vibrações produzidas nos tecidos. Para tal, o dedo de uma das mãos, funciona como um martelo, batendo na superfície dorsal, articulação interfalângica, da outra mão que se encontra colocada na superfície do tórax da pessoa. Os sons obtidos podem ser classificados relativamente à intensidade, grau, duração e localização. A sonoridade emitida reflete a densidade do meio. Os sons consequentes da percussão sobre o ar têm um tom elevado, os tons gerados pela percussão sobre líquido são menos sonoros, e sobre os sólidos são mais suaves. É possível avaliar também a excursão diafragmática através da percussão.

A **Auscultação Pulmonar**, permite-nos obter informação acerca dos pulmões, da pleura, mas para isso é necessário pedir a colaboração da pessoa, pedindo para respirar fundo (se não tiver entubada endotraquealmente), através da boca, aumentando a respiração normal. A auscultação deve ser efetuada simetricamente, todos os campos pulmonares e comparando os sons respiratórios da direita e esquerda nas fases de inspiração e expiração.

Os sons respiratórios, "... são gerados pelo fluxo de ar através da árvore respiratória e são atenuados pelas estruturas pulmonares distais por onde passa (...), são caracterizados pela intensidade, tom, duração na inspiração e expiração e pela sua qualidade" (Esmond, 2005:33).

Assim, os **sons respiratórios** ditos **normais** são classificados como **brônquicos**, perceptíveis ao nível da traqueia, durante a expiração o som é alto forte e longo; **brônquicos vesiculares**, perceptíveis ao nível dos brônquios principais, entre as omoplatas especialmente à direita, o som têm uma tonalidade e uma intensidade média e é idêntico durante a inspiração e a expiração; **vesicular**, perceptível na maior parte do campo pulmonar, o som é baixo e suave, de longa duração na inspiração e de curta duração na expiração.

Nos **ruídos adventícios**, incluem-se os **fervores** ou **crepitações**, sendo sons graves, de tonalidade elevada ou baixa de acordo com a causa, perceptíveis mais frequentemente durante a inspiração, "... são sons anormais que ocorrem quando o ar passa através das vias aéreas estreitas, devido à broncoconstrição ou obstrução parcial, quando os fluídos se acumulam nos pulmões, ou quando a cavidade torácica se inflama" (Esmond, 2005:34). Estando também relacionados com a variação de pressão na via aérea, refletindo a abertura dos alvéolos.

Os **sibilos** são sons de tonalidade elevada, audíveis em qualquer parte do tórax durante a inspiração e expiração e podem desaparecer com a tosse, (associados a exposição tabágica). Existem sibilos classificados como **roncos sibilantes**, com origem nos

brônquios de menor calibre, de elevada tonalidade (associados a broncospasmo). Os **roncos ressoantes** são ruídos de baixa tonalidade, ruidosos e mais acentuados durante a expiração, têm origem nas vias aéreas de grande calibre e são produzidos pela passagem de ar sobre as secreções das grandes vias aéreas, ou pelas vias aéreas estenosadas. Os **atritos pleurais** são sons ásperos, grosseiros, secos, produzidos pelo roçar dos folhetos pleurais irritados, devido a um processo inflamatório. São audíveis, tanto na inspiração como na expiração.

A **avaliação da tolerância ao esforço** é deveras importante, não só do ponto de vista da RFR, como também do ponto de vista da reabilitação respiratória, pelo que a sua avaliação é essencial para o estabelecer de um programa de readaptação ao esforço. Estabelecer como objetivo principal, melhorar a *“performance”* da pessoa na situação de esforço, melhorando a autonomia da pessoa e a capacidade para realizar as suas atividades de vida.

O objetivo desta avaliação é identificar o nível de incapacidade e a limitação, para poder elaborar um programa de reabilitação individual, utilizando o potencial de recuperação de cada pessoa/família.

2.4.2 - Meios de Diagnóstico

A **avaliação dos exames complementares de diagnóstico** contribui para diagnosticar problemas do aparelho respiratório, determinar a extensão e localização da patologia, avaliar a progressão da doença e do tratamento efetuado. Habitualmente são exames laboratoriais e radiológicos. A observação de **resultados laboratoriais** de maior interesse é: hemograma completo, curva de dissociação da hemoglobina, estudos da coagulação, Gasimetria arterial, exames culturais (esfregaços), cultura de expectoração e no caso de suspeita de fibrose quística a prova de suor.

Exames Radiológicos: radiografia do tórax, tomografia axial computadorizada do tórax, ressonância magnética, angiografia pulmonar, cintigrafia pulmonar ventilação perfusão.

Exames endoscópicos, como sejam a broncofibroscopia (com ou sem biopsias, escovados ou lavados brônquio/alveolares), mediastinoscopia, laringoscopias, toracoscopia. Podem ainda observar-se as **provas de função pulmonar** (espirometria, curvas débito volume, capacidade de difusão pulmonar) e **toracentese** (Dennison & Sands, 1996).

Radiografia do Tórax, os raios x são absorvidos diferentemente conforme os tecidos, além de que a intensidade de absorção de energia é diretamente proporcional à densidade e espessura da substância atravessada. O osso absorve quase toda a radiação, traduzindo-se numa imagem branca na radiografia, que se designa **hipotransparência**. As estruturas

moderadamente densas como o coração, os vasos pulmonares e o sangue surgem na radiografia com uma cor cinzenta. Os pulmões insuflados de ar permitem uma maior penetração dos raios x, aparecendo a preto na imagem, e designando-se por **hipertransparência**. As estruturas com a mesma densidade e no mesmo plano (sobrepostas) não apresentam bordos visíveis, denominando-se de **sinal** ou **silhueta** (Thelan, Davie & Urden, 1996).

A interpretação/observação radiográfica deve ser efetuada de forma sistematizada, avaliando as seguintes áreas: ossos, mediastino, diafragma, espaço intrapleural e parênquima pulmonar. Relativamente aos ossos, as clavículas e costelas devem ser simétricas. A coluna dorsal e cervical, devem manter-se direitas e sem qualquer curvatura. Ao nível do mediastino devemos observar a silhueta cardíaca e a traqueia. O desvio do mediastino para a zona afetada sugere uma atelectasia. Um desvio para o lado contrário ao da lesão pode sugerir um pneumotórax. O diafragma deve ser nitidamente visualizado com os ângulos costo frénicos agudos. O espaço pleural apenas é visível quando há um pneumotórax ou derrame pleural. Normalmente não se vê. Ao nível do parênquima pulmonar, podem ser visualizadas zonas de maior densidade, sugestivas de acumulação de líquido no pulmão ou colapso pulmonar (pneumotórax ou atelectasia) (Thelan, Davie & Urden, 1996).

Relativamente à observação e interpretação da gasimetria arterial, esta revela-se de grande importância, é ela que nos disponibiliza informações sobre a situação respiratória da pessoa, nomeadamente sobre a oxigenação, ventilação e equilíbrio ácido-base. É imprescindível o conhecimento dos valores de uma gasimetria e dos valores de base da pessoa de forma a poderem ser interpretadas e avaliadas, alterações como a diminuição da pressão parcial de oxigénio (**PaO₂**), O aumento da pressão parcial de dióxido de carbono (**PaCO₂**), poderão ter um significado diferente quando comparadas com os valores habituais da pessoa, e ser o indicador /alerta de que algo não está bem do ponto de vista respiratório da pessoa, havendo necessidade de intervir.

A **PaO₂**, mede a pressão parcial de oxigénio dissolvido no plasma do sangue arterial. Sendo expressa em milímetros de mercúrio e a variação normal da PaO₂ de 80 - 100 mmHg, no entanto o seu valor normal depende da idade e como já foi referido dos valores base da pessoa.

Independentemente da idade uma **PaO₂** inferior a 40 mmHg requer uma intervenção imediata, pois representa uma situação potencialmente letal, comprometendo a oxigenação dos tecidos, exigindo a administração imediata de oxigénio. Uma PaO₂ inferior ao limite mínimo revela uma quantidade de oxigénio dissolvido no plasma inferior ao previsto, e denomina-se **hipoxemia** (Thelan, Davie & Urden, 1996).

A saturação de Oxigénio (**SatO₂**), mede a percentagem de hemoglobina que está combinada com o oxigénio. Esta é expressa sob a forma de percentagem ou número decimal. Um valor normal é de 96 % ou superior, contudo raramente atinge os 100% devido ao shunt fisiológico normal de onde resulta uma mistura do sangue venoso com o arterial. No entanto quando se administra oxigénio suplementar o valor de SatO₂ pode aproximar-se deste valor, sendo representada com este valor (Thelan, Davie & Urden, 1996).

A **PaCO₂**, mede a pressão arterial de CO₂ dissolvida no plasma do sangue arterial. É também expressa em mmHg e a sua variação normal é de 35 – 45 mmHg, não havendo variações com a idade. Esta pressão é utilizada com medida para determinar a eficácia da ventilação, os níveis desta no organismo são determinados pela quantidade de CO₂ produzida no organismo e pela capacidade dos pulmões para o eliminar. Uma PaCO₂ > 45 mmHg, implica **hipercapnia**, em que a hipoventilação alveolar e o desequilíbrio ventilação perfusão pode levar a uma **acidose respiratória**. A PaCO₂ < 35 mmHg (**hipocapnia**), caracteriza a **alcalose respiratória**, na sequência da hiperventilação alveolar.

O **HCO₃** refere-se ao valor do bicarbonato no plasma, é o componente base do parâmetro acido-base dos doseamentos dos gases no sangue, reflete sobretudo a função renal, estando diminuído ou aumentado no plasma de acordo com a função renal. A sua variação vai de **22 a 26 mEq**, assim um HCO₃ < 22 mEq define **acidose metabólica**, um, HCO₃ > 26 mEq define **alcalose metabólica** (Thelan, Davie & Urden, 1996).

Por último, mas não menos importante, o **PH** significa a concentração de iões de hidrogénio no plasma, a sua variação normal é de **7,35 - 7,45**. Se o PH < 7,35, então estamos, presente uma acidémia e a situação global denomina-se **acidose respiratória**. Se o PH > 7,45, estamos perante uma alcalémia e a situação denomina-se **alcalose respiratória**. A sua fração determina-se através da pressão parcial do dióxido de carbono e o valor do bicarbonato plástico. A manutenção de um PH normal é importante para uma ampla gama de funções celulares e bioquímicas, mecanismos hemostáticos tentando manter um pH extracelular dentro dos valores normais. Para além destes valores os processos fisiológicos alteram-se e colocam em risco a vida da pessoa (Thelan, Davie & Urden, 1996).

2.4.3 - Qualidade de Vida

A qualidade de vida constitui, na atualidade, uma preocupação crescente para os profissionais de saúde. Desde 1948, quando a Organização Mundial de Saúde definiu saúde como sendo não apenas a ausência de doença e enfermidade, mas também a presença de bem-estar físico, mental e social, as questões relacionadas com a qualidade de vida têm

vindo a tornar-se progressivamente mais importantes na prática e na investigação em saúde. A qualidade de vida relacionada com a saúde refere-se às limitações ou ao modo como essa doença ou situação específica afeta a qualidade de vida.

A qualidade subjetiva de vida é um indicador ainda não muito desenvolvido, quer porque é um conceito relativamente recente quer porque questiona de alguma forma a possibilidade da sua mensuração positivista. Como refere Henriques (2004), citando Dijkere (1997), a única medida pertinente de qualidade de vida de alguém, será o seu próprio juízo acerca do seu bem-estar.

Por ser um conceito, vago, foram elaborados instrumentos para avaliar o estado de saúde na RFR, utilizando uma avaliação orientada por escalas de utilidade e de doenças específicas, bem como questionários gerais de saúde (Canteiro & Heitor, 2003).

No que diz respeito à **avaliação psicológica**, esta, reveste-se também de grande importância, existe uma ansiedade, insegurança, medo de como irá decorrer a adaptação à doença, de como irá ser a sua vida de aí em diante, enfim, existe uma “carga” emocional muito grande em redor de todo processo da doença, e o regressar a casa, sendo da competência da Enfermeira de Reabilitação efetuar o despiste destas situações e ajudar a pessoa/família a ultrapassar este momento, desmitificando o processo da doença, numa linguagem simples e acessível, procurando esclarecer e orientar a pessoa/família, nas suas dúvidas e receios, encontrando estratégias facilitadoras para a pessoa/família ultrapassarem esta fase das suas vidas, sem repercussões a outros níveis.

2.5 - INTERVENÇÕES DE REEDUCAÇÃO FUNCIONAL RESPIRATÓRIA

Existem um conjunto de procedimentos técnicos que ao serem executados na pessoa/família contribuem para a sua autonomia respiratória, contribuindo como temos vindo, a referir para a qualidade de vida deste.

Neste contexto, a nossa atuação deve ser essencialmente preventiva, pelo que o ensino à pessoa/família acerca da sua patologia, que dificuldades poderão sentir e como as ultrapassar, são alguns dos objetivos da preparação ao doente com patologia respiratória, a realizar pela enfermeira especialista em reabilitação, cujos objetivos são:

- Consciencializar o doente da importância da RFR, ensinar técnicas que serão posteriormente utilizadas, ensinar uma adequada e eficaz higiene brônquica, ensinar exercícios a nível do tronco e da escapulo-umeral, melhorar a excursão diafragmática e o controlo da respiração, melhorar a ventilação.

Posteriormente, a intervenção da enfermeira de reabilitação tem também um papel fundamental quando através das técnicas da RFR, procura:

- Restabelecer a função pulmonar, previne o colapso pulmonar, ajuda o doente a ter uma postura correta, previne alterações respiratórias e circulatórias, ajuda a pessoa/família a encontrar a sua autonomia o mais precocemente possível.

Pelo que a aplicação específica das técnicas de RFR junto da pessoa/família, de acordo com cada situação, como referi anteriormente é essencial. Assim, se o nosso objetivo é garantir a manutenção da permeabilidade das vias aéreas, como forma de manter um padrão respiratório eficaz, (sem aumento do trabalho respiratório e sem alterações da ventilação/perfusão) é necessário utilizar métodos como:

- O mecanismo de eliminação das secreções brônquicas, encontra-se dividido em duas fases, a primeira que consiste na progressão das secreções desde os brônquios distais até aos proximais e traqueia. A segunda, ocorre a expulsão das secreções para o exterior.

Na **primeira fase** incluem-se os **movimentos respiratórios profundos**, com ênfase na expiração (o que permite variações do volume corrente e consequentemente o arrastar das secreções), **técnicas de expiração forçada (TEF)**, com o controlo da respiração e um ou dois *huffs*, (expiração forçada mantendo a glote aberta, permitindo desta forma mobilizar, para a superfície as secreções localizadas na árvore brônquica mais distal, no entanto deve ser utilizada de forma criteriosa em pessoas com tendência para o broncospasmo, uma vez que se trata de uma técnica que consome muita energia). A associação da **TEF, controlo da respiração** e os **exercícios de expansão torácica** formam o **ciclo ativo das técnicas respiratórias (CATR)**.

A **Drenagem Postural**, é outra técnica possível de ser utilizada, recorrendo-se da gravidade para facilitar a progressão das secreções, tendo em conta a localização dos segmentos pulmonares e respetivos lobos.

A pessoa é posicionada em diferentes decúbitos para que os brônquios segmentares fiquem em posição elevada em relação aos brônquios principais e estes em relação à traqueia. Sendo as secreções posteriormente eliminadas pela tosse ou pela aspiração.

As situações em que se pode aplicar a drenagem postural clássica são:

“supurações localizadas broncopulmonares (Bronquiectasias supuradas e abscessos pulmonares); retenção localizada de secreções (atelectasia pós-operatória); preparação pré-operatória de doentes broncorreicos; alterações neuromusculares e esqueléticas que tornam o mecanismo da tosse ineficaz (exemplo: miopatias, quadriplegias, cifoescolioses, etc.); doentes incapazes de iniciar voluntariamente a tosse; após uma broncografia” (Freitas & Costa, 1997:104)

No entanto, a **Drenagem Postural Clássica**, nem sempre é bem tolerada pela pessoa, devido a muitas outras comorbilidades, o que impede a total colaboração da pessoa, nos posicionamentos que lhe são pedidos, pelo que se opta por efetuar **Drenagem Postural**

Modificada, por exemplo, no leito na posição horizontal ou semi-fowler, de acordo com a situação clínica da pessoa.

A associar a todos estes decúbitos podem-se juntar as manobras acessórias de **percussão, vibração e compressão**, aumentando a eficácia do reflexo da tosse, também de acordo com a sua situação clínica. As **compressões e vibrações** devem fazer-se apenas na fase expiratória enquanto as **percussões** se podem fazer em qualquer das fases do ciclo respiratório.

Contudo as manobras de percussão e compressão torácica apresentam algumas **contraindicações** como sejam:

“hemoptises recentes e expetoração hemoptoica; arritmias, isquemia do miocárdio, edema agudo do pulmão; embolia pulmonar; situações inflamatórias agudas (por ex. pneumonias e tuberculose pulmonar ativa); bolhas, enfisema e cavidades insufladas; pneumotórax e pneumomediastino; fraturas de costelas e condições de fragilidade óssea (exemplo: osteoporose, metástases ou tumores primitivos das costelas); no pós-operatório de determinadas intervenções cirúrgicas; doentes heparinizados; quando provocam dor” (Freitas & Costa, 1997:1040).

Existem ainda outras medidas terapêuticas que podem ser adotadas, no sentido de facilitar a progressão das secreções para os brônquios principais, como seja a **humidificação das secreções** através da atmosfera húmida, na pessoa que está ventilada (contudo existe alguma controvérsia devido à possibilidade de risco de infeção pela permanência de um meio húmido), e **hidratação**, apesar de mais simples a sua importância é indiscutível na fluidificação e eliminação das secreções, pois esta “... diminui a viscosidade do muco e contribui para a eficácia do sistema mucociliar e da tosse” (Thelan, Davie & Urden, 1996:542).

Por outro lado, esta deve ser ajustada às necessidades da pessoa, isto porque, se for em excesso pode desencadear dificuldade respiratória, assim “...se forem libertadas na árvore traqueobrônquica, grandes quantidades de líquidos existe a possibilidade de uma sobrecarga de líquidos” (Bolander, 1998:1480), agravando o estado da pessoa, nomeadamente quando existem alterações da função cardiovascular e renal.

O **IPPB** (Intermittent Positive Pressure Breathing) é extremamente útil na realização de um programa de Reabilitação, no processo de desmame ventilatório, ajudando também na mobilização de secreções. Na pessoa com ventilação espontânea com fraqueza ou fadiga muscular a nível respiratório, a pressão positiva contribui para aumentar o volume corrente e consequentemente reduzir o trabalho respiratório, contribui ainda para melhorar o reflexo tussígeno, em pessoas que o apresentam diminuído após permanecerem por um longo período de tempo ventiladas (Pryor & Webber, 2002).

A juntar a todos estes procedimentos podem ainda ser administrados, broncodilatadores, corticoides inalados, antibioterapia e fluidificantes de secreções com o objetivo de combater o edema, espasmo e infeções respiratórias.

A **segunda fase** dos métodos de limpeza das vias aéreas, tem a ver com a **Tosse**, em que apesar de ser um mecanismo patológico, desempenha um papel importante no mecanismo de limpeza das vias aéreas, sendo essencial para a libertação de um sem número de substâncias indesejáveis à árvore traqueobrônquica. A tosse parece ser um mecanismo simples, mas na verdade reveste-se de grande importância e de um mecanismo ligeiramente complexo. Apresenta quatro fases distintas: a irritação, seguida de inspiração profunda e rápida, seguida da fase de compressão com encerramento da glote e contração dos músculos expiratórios e por último a expulsão com abertura da glote e elevação do diafragma, eliminando assim as substâncias estranhas ao organismo (Sousa, Magalhães, Saraiva, 2009).

O ensino da **tosse**, a **tosse assistida** (utilizada em pessoas com a musculatura abdominal flácida ou debilitada, no decorrer da expiração irá exercer-se compressão no abdómen, empurrando-o ligeiramente para cima, em direção ao diafragma). A tosse dirigida é essencial para que de forma eficaz se liberte as vias aéreas das secreções.

Durante os momentos de ensino é importante alertar a pessoa/família para a realização destes exercícios, contudo estes só deverão ser realizados quando realmente existe a evidência de expetoração ou retenção de secreções, pois esta, produz irritação das vias aéreas, fadiga e provocam o colapso alveolar, principalmente quando não existem secreções (Thelan, Davie & Urden, 1996).

Durante a realização das técnicas referidas anteriormente, é necessário procurar o envolvimento da pessoa e disponibilizar tempo para que esta possa assimilar e processar a informação, efetuando posteriormente o exercício demonstrado.

O **ensino de posições de descanso e relaxamento**, no início de cada técnica é essencial. Posicionar a pessoa, em posição de descanso, procurando reduzir a tensão psíquica e muscular, promovendo a colaboração e proporcionando a aquisição do controlo da respiração, diminuindo a sobrecarga muscular, logo o trabalho (Heitor et al., 1998).

Ensino da consciencialização e controlo da respiração, a perceção da pessoa em relação à sua respiração, leva a que esta a consiga controlar, adotar a frequência, a amplitude e o ritmo mais adequado à sua situação clínica, de forma a obter uma melhor ventilação com um menor dispêndio de energia. Este processo passa então pelo ensino da consciencialização da respiração, (inspirar pelo nariz e expirar pela boca com os lábios semicerrados) conseguindo em simultâneo a dissociação dos tempos respiratórios.

Ensino da respiração abdomino-diafragmática, este tipo de respiração, com inspirações profundas, tem como principal objetivo a prevenção e correção dos defeitos ventilatórios, aumentando o volume corrente e consequentemente melhorando a distribuição e ventilação alveolar. Nas pessoas que estão num processo de desmame do ventilador (como é o caso do doente DPOC) e após a extubação este treino é essencial, pois trata-se de um processo que exige um esforço adicional dos músculos respiratórios que se encontram enfraquecidos devido à ventilação mecânica, em que através deste treino os músculos respiratórios irão melhorar a sua eficácia.

Ensino de exercícios de Reeducação Costal Seletivos e Globais, tem como objetivo corrigir assínergias e defeitos ventilatórios localizados e globais de forma a melhorar a distribuição e a ventilação alveolar.

Ensino sobre treino dos músculos respiratórios, cuja finalidade é melhorar a “*performance*” dos músculos respiratórios, conseguida através de exercícios e pelo uso de espirometria incentiva, assim e segundo Hoeman, citando Kersten: “um espirómetro pode ser usado para proporcionar *feedback visual* à pessoa/família, das suas inspirações profundas, baseando-se aquele fluxo ou no volume inspiratório segundo o tipo de espirómetro” (Hoeman, 2000:416).

Ensino sobre exercícios de correção postural, contribui para a prevenção de queixas algícas, através da consciencialização precoce das posturas e do desenvolvimento de exercícios equilibrados em termos de força e flexibilidade, tão essencial à pessoa/família, em internamento hospitalar.

Ensino sobre exercícios de mobilização osteoarticular, a mobilização frequente das extremidades contribui para que a pessoa se comece a mobilizar no pós-operatório e a realização de exercícios ativos melhora a circulação, previne a estase venosa e consequentemente melhora a mecânica ventilatória, também tão essencial na pessoa submetida a Ventilação Não Invasiva, a colocação de drenagens torácicas, etc.

Ensino de técnicas que facilitem a respiração no esforço, o controlo da respiração em situações de esforço, como o levantar da cama, a marcha em terreno plano, posteriormente o declive, subir escadas e descer escadas, efetuando-se a reeducação ao esforço, são aspetos também a desenvolver junto da pessoa com DPOC, logo que a sua situação clínica o permita.

Em relação aos **Derrames Pleurais**, a RFR está indicada nos, serofibrinosos, purulentos e hemorrágicos à exceção dos neoplásicos. Os objetivos da RFR, nestas situações são sobretudo impedir a formação de aderências e impedir ou corrigir posições antiálgicas defeituosas e suas consequências (Heitor et al., 1988). O tratamento deve ser

efetuado o mais precocemente possível, devendo ser principalmente profilático, não sendo impeditivo a colocação de drenagem pleural.

Terapêutica de Posição, incentivar o doente a posicionar-se sobre o lado sã, exercícios respiratórios abdomino-diafragmáticos e costais, prevenção e correção de defeitos posturais, mobilização da escapulo-umeral e da coluna, bem como exercícios físicos gerais (Heitor et al., 1998).

No caso de ser um **Pneumotórax** o objetivo das técnicas de RFR é sobretudo promover a expansão pulmonar, evitar a persistência de locas pleurais, manter uma boa mobilidade costal e diafragmática e prevenir defeitos posturais (Heitor et al., 1988), sendo idênticas às dos derrames pleurais, mas mais moderadas devendo estas ser iniciadas só após a colocação de drenagem pleural.

Mas o papel do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, não se limita de forma alguma a uma intervenção meramente tecnicista, é da sua responsabilidade e competência, no delinear do programa de reabilitação para determinada pessoa/família, abordar, promover o ensino em relação a **medidas gerais, como:** a educação da pessoa/família na promoção do autocuidado e autonomia, evicção tabágica, evitar a inalação de substâncias agressivas, **aconselhamento nutricional, prevenção de infeções respiratórias**, toma correta da **medicação, assistência ventilatória** no domicílio, **aconselhamento psicossocial, terapia ocupacional; aconselhamento vocacional e reabilitação profissional.**

Um programa de reabilitação só é um verdadeiro programa de reabilitação se a pessoa/família for devidamente avaliado na sua globalidade, mas atendendo às diferentes necessidades específicas, e ao ser executado deve ser individualizado a cada situação, respeitando a tolerância da pessoa aos diversos exercícios ou posicionamentos. No final deverá ser efetuada uma avaliação, em relação à sua eficácia e reformular novos objetivos com técnicas alternativas se tal for necessário.

A **relação terapêutica** deve ser proporcionada entre enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, promovendo um ambiente calmo e de empatia entre ambos, onde serão explicados todos os exercícios e procedimentos a adotar, reforçando a importância dos mesmos e o quão importante é a sua colaboração para o sucesso do programa de reabilitação.

Se a **ansiedade** estiver presente, é muito importante criar um ambiente de confiança, indo ao encontro das suas necessidades e ter a capacidade de escutar, pois só através desta se estabelece uma **relação de ajuda**. Se a entendermos como uma troca pessoal entre dois seres humanos, um interesse do prestador de cuidados pelas necessidades únicas e específicas de cada um, permitindo o crescimento pessoal da pessoa e a resolução

dos seus problemas, então esta relação com o outro implica assistir, orientar e facilitar ao outro, cada uma das etapas de resolução do seu problema, ou seja não é fazer por ele, não é decidir por ele, não é substituí-lo é sim ajudar a satisfazer as suas necessidades e a encontrar soluções para resolver os seus problemas.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação deve ter sempre bem presente que a chave para o sucesso do cuidar é esta **relação de ajuda**, pelo que desde logo, é fundamental, devendo esta ser construída desde uma fase inicial, de forma a permitir o início e o fim de um programa de reabilitação.

Associando todos estes conhecimentos/procedimentos e procurando integrá-los na realidade, todos eles foram deveras importantes, revelando como a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação faz a diferença dentro da equipa de saúde.

2.6 - PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS

Após uma agudização da patologia respiratória, existe a possibilidade de surgirem algumas complicações do foro respiratório, sendo as mais frequentes as seguintes:

- **Retenção de secreções na árvore brônquica** – sendo esta sem dúvida a complicação mais frequente. É importante que se utilizem as técnicas anteriormente descritas para uma eficaz manutenção da permeabilidade da via aérea (exemplo: movimentos respiratórios profundos, efetuar *Huff* ou tossir, mobilização precoce e correção postural).

- **Atelectasia** – quando existe diminuição do volume do parênquima pulmonar, devido à diminuição de ar nos alvéolos ou até mesmo o colapso alveolar, num dos lobos ou em todo o pulmão, dependendo do brônquio obstruído, com repercussões graves na ventilação. De acordo com o grau de obstrução e o brônquio que obstruiu é necessário intervir de imediato com um programa de RFR “intensivo”, utilizando posições de drenagem postural. Se não houver contraindicações, associar aerossóis, com ou sem IPBB, de forma a evitar a broncofibroscopia, para aspiração de secreções.

- **Derrame Pleural** – quando existe a acumulação de líquido na cavidade pleural devido a um processo inflamatório da pleura e à compressão que o líquido exerce sobre o parênquima pulmonar. Este tem dificuldade em ser reabsorvido pelas vias normais, há então que intervir com um programa de RFR, optando pela Terapêutica de Posição.

- **Infeção Broncopulmonar** - o aumento das secreções brônquicas, a limitação da tosse, a dor e a limitação dos movimentos respiratórios, associados à imobilização, promovem o risco de complicações, pelo que estão indicadas as medidas, já referidas

anteriormente que promovam a drenagem brônquica, sendo também necessário alertar a equipa para a necessidade de adequar a antibioterapia, fluidificantes, entre outros, no sentido de prevenir a evolução desta situação para uma insuficiência respiratória.

- ***Insuficiência Respiratória Parcial ou Global*** - Quando por diversas alterações ventilatórias associadas à presença de secreções, imobilidade, promovem a alteração dos gases no sangue (hipoxemia), então surge a necessidade de intervir, novamente com técnicas que promovam a mobilização e eliminação de secreções da árvore brônquica de forma a corrigir a hipoxemia, ou a hipoxemia e hipercapnia prospectivamente, alertando a equipa para a necessidade de instituir terapêutica broncodilatadora inalatória e sistémica.

Assim um programa de RFR, torna-se num programa simples, mas simultaneamente complexo, onde os diversos conhecimentos teóricos e práticos se complementam, permitindo à enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação capacitar a pessoa/família de conhecimentos e técnicas, de acordo com a sua individualidade, promovendo o seu envolvimento e autorresponsabilização no processo de recuperação/reabilitação, promovendo o regresso da pessoa/família a casa e às suas atividades de vida.

3 – ANÁLISE DO CONTEXTO

A análise de um contexto é descrita como uma denominação geral das atividades que uma organização, um órgão público ou uma empresa realiza para melhor entender o mundo ao redor e como ele muda. A análise do contexto pode, ou enfocar o presente, ou oferecer uma base para previsões de longo prazo do desenvolvimento futuro, através da identificação e descrição de problemas existentes.

Todas as pessoas analisam o seu contexto, isto é, recebem sinais do mundo exterior e fazem a sua interpretação dos mesmos, identificando possíveis desvios das normas. As nossas imagens mentais do contexto são invisíveis, e para que uma atividade possa aproveitar a análise do contexto dos colaboradores, as imagens têm que se tornar visíveis, isto é, serem bem documentadas.

Consideramos que se torna fulcral, na realização deste projeto, ter um conhecimento e uma análise aprofundada acerca do serviço de urgência e dos seus utentes. Só desta forma conseguiremos identificar e descrever o problema, no qual este projeto se vai apoiar.

3.1 – CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE URGÊNCIA

O Hospital do Espírito Santo em Évora, é uma instituição com mais de 500 anos de existência. No final do século XV crê-se que existiam em Évora cerca de 12 hospitais, também designados de hospícios e albergarias, destinados a acolher os romeiros, os pobres, os peregrinos e os enfermos. Em 1495, D. Manuel uniu num só hospital as rendas de todos os doze espalhados pela cidade, escolhendo para tal o sítio do Hospital do Espírito Santo que recebeu nova bula de Alexandre VI em 1498.

Entregue á Santa Casa de Misericórdia em 1567, foi administrado por esta instituição durante 409 anos, até 2 de Abril de 1975 altura em que passou para a tutela do estado. Nesse ano passou a ser designado como Hospital Distrital de Évora. Em 1996 retomou o nome de Hospital do Espírito Santo.

A 1 de Março de 2007 passou a integrar o sector Empresarial do Estado passando a designar-se por HESE-EPE, rege-se pelo regime jurídico aplicável às Entidades Públicas Empresariais, com as especificidades previstas no Decreto-Lei n.º 233/2005, de 29 de Dezembro e nos respetivos estatutos, bem como nos regulamentos internos e nas normas

em vigor para o Serviço Nacional de Saúde que não contrariem as normas previstas no citado diploma.

De acordo com o Despacho Ministerial nº 11/2002, o Serviço de Urgência (SU) tem como missão:

“...o tratamento das ocorrências de instalação súbita com risco de estabelecimento de falência de funções vitais, as situações urgentes, e situações de instalação súbita em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais dessas funções, e não tem por base uma definição vaga assente na noção subjetiva do utente”.

O Serviço de Urgência do Hospital do Espírito Santo recebeu a classificação de Urgência Polivalente (UP) através do Despacho nº 5414/2008 de 28 de Fevereiro. Os Serviços de Urgência Polivalente, que também funcionam como Urgência Médico-Cirúrgica (UMC) para as respetivas áreas de influência, são o segundo nível, e com maior grau de diferenciação técnica, para o acolhimento de situações de urgência/emergência, referenciados no âmbito do Sistema de Emergência Médica.

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS) as Urgências Polivalentes devem estar localizadas nos Hospitais Gerais Centrais e poderão ser, em determinadas circunstâncias, de referência suprarregional ou, mesmo, nacional e deverão dispor de todas as valências que têm os hospitais com Urgências Médico-Cirúrgicas e ainda: Gastrenterologia; Cardiologia de Intervenção; Cirurgia Plástica e Reconstructiva; Cirurgia Vascular; Neurocirurgia; Imagiologia com Angiografia Digital e RMN e Patologia Clínica com Toxicologia. Alguns hospitais com urgência polivalente não possuem neste momento todas as valências atrás referidas, no entanto deverão estar articulados funcionalmente com serviços de urgência que as possuam não devendo distar mais de 1 hora de transporte terrestre entre os mesmos.

Designado como o hospital de referência na Região de Saúde do Alentejo, ainda que não coloque ao dispor da sua população-alvo todas as valências definidas para este nível.

Este é um serviço misto que admite, quer utentes do sexo masculino, quer do sexo feminino. Tem habitualmente em presença física, no próprio serviço, 3 especialidades médicas, nomeadamente, Medicina Interna, Cirurgia Geral e Ortopedia e ainda Oftalmologia e Obstetrícia/Ginecologia a funcionar em áreas próprias. Por outro lado, conta ainda com o apoio de Nefrologia, Cardiologia, Urologia, Psiquiatria, Otorrinolaringologista, Anestesiologia, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, Bloco Operatório, Imuno-hemoterapia, Diálise para situações aguda, Imagiologia (Radiologia convencional, Ecografia simples, TAC, Angiografia Digital e RMN), Patologia Clínica, Gastrenterologia, Cardiologia de Intervenção e Cirurgia Plástica e Reconstructiva.

No entanto, como referido determinadas circunstâncias (queimados, cirurgia vascular, neurocirurgia, por exemplo), justificam a necessidade de referência suprarregional ou, mesmo, nacional, nomeadamente para o Hospital de São José e/ou Santa Marta, pelo que são prestados cuidados imediatos, sendo posteriormente referenciados.

Recursos Físicos

O Serviço de Urgência encontra-se a funcionar no 1 piso do hospital, na parte lateral direita do edifício principal. Os espaços físicos estão de acordo com as “Recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência” da Direcção-Geral das Instalações e Equipamento da Saúde (2007), estando estão divididos em:

- Acesso ao Serviço de Urgência,
- Espaços de Intervenção,
- Espaço de Apoio,
- Serviços relacionados e Logísticas.

Em relação aos acessos exteriores ao serviço de urgência estão de acordo com as recomendações sobre a organização dos espaços do serviço de urgência, uma vez que permite a adequabilidade das vias e estacionamento para acompanhantes e ambulâncias.

O **Acesso ao Serviço de Urgência** possui características adequabilidades da via e estacionamento para ambulâncias e para deficientes motores.

Espaço de Intervenção á entrada do SU encontra-se uma receção onde os doentes se inscrevem para a urgência e onde são fornecidas informações aos acompanhantes em intervalos regulares sobre os doentes; uma sala de espera onde os doentes aguardam para a triagem ou para a observação médica se não for uma situação que exija intervenção imediata.

Sala de Triagem é contígua á sala de espera com a qual comunica através de uma entrada protegida com cortinas que conferem isolamento visual mas não sonoro, como preconizado nas recomendações de 2007. Esta sala cumpre as recomendações no que respeita a possuir 2 acessos para os enfermeiros (que permite a fuga perante utentes agressivos), possuir uma entrada ampla para doentes acamados informatização da triagem, espaço para monitorização dos sinais vitais e sistema de voz para chamamento de doentes. No entanto não cumpre as normas no que respeita a possuir um botão de acionamento da sala de emergência.

A triagem realizada na urgência do HESE tem por base o Modelo de Triagem de Manchester. Trata-se de uma metodologia de trabalho implementada em Manchester em 1997 e amplamente divulgada no Reino Unido estando em curso a sua aplicação noutros Países como a Holanda e Suécia, entre outros. O objetivo da Triagem de Manchester é

identificar critérios de gravidade, de forma objetiva e sistematizada, que indicam a prioridade clínica com que o doente deve ser atendido e o respetivo tempo alvo recomendado até a observação médica (Grupo Português de Triage, 2002)

O Sistema de Triage de Prioridades de Manchester apresenta seis categorias de urgência: (Triage, Grupo Português de, 2002)

1 = Emergente = Vermelho = 0 minutos

2 = Muito urgente = Laranja = 10 minutos

3 = Urgente = Amarelo = 60 minutos

4 = Pouco Urgente = Verde = 120 minutos

5 = Não urgente = Azul = 240 minutos

6 = Não classificáveis = Branco, que designam situações que não estão relacionadas com uma queixa clínica, mas que, por exemplo, recorrem ao Serviço de Urgência para serem observados por determinado clínico, com o conhecimento/ indicação deste.

Os doentes inicialmente classificados de emergentes (vermelho) entram de imediato para a sala de emergência, por vezes são trazidos pela VMER após contacto via rádio, pelo que não passam pela sala de triagem. Do mesmo modo qualquer doente do SU que apresente descompensação das funções/parâmetros vitais que coloque a vida em risco é imediatamente encaminhado para a sala de emergência.

A **área de sub-espera** de doentes não existe, estes ficam a aguardar na sala de espera juntamente com os doentes ainda não triados. No entanto recomenda-se a existência de um espaço de espera para os doentes já triados de acordo com a sua prioridade. Os doentes mais instáveis entram de imediato para o Balcão.

Sala de Emergência (SE) Nesta é dada assistência aos doentes emergentes. Segundo a Comissão Técnica de Apoio e Requalificação das Urgências (2001), doente emergente é aquele que apresenta uma situação clínica de estabelecimento súbito, em que existe, estabelecido ou eminente, o compromisso de uma ou mais funções vitais.

De acordo com as recomendações de 2007 a sala de emergência, tem como função observar os doentes emergentes ou, se necessário, qualquer doente do SU que apresente descompensação das funções / parâmetros vitais que coloque a vida em risco, deve ser uma sala autónoma e não é utilizada para tratamento e estabilização prolongada do doente. Contrariamente às recomendações, esta sala não se localiza perto da entrada e da triagem, encontra-se a meio do corredor do SU onde por vezes se encontram doentes em maca a aguardar observação pela ortopedia ou cirurgia o que pode dificultar o acesso rápido dos doentes à sala de emergência. Possui no entanto acesso facilitado à Imagiologia.

A Sala de Emergência tem como função a avaliação, estabilização e administração dos primeiros cuidados no doente crítico, ao maior nível de eficácia. As características da sala de emergência segundo as recomendações de 2007 são as seguintes:

- Capacidade suficiente para tratar, no mínimo 2 doentes em simultâneo (3 se tratar de uma urgência polivalente), com sistema de cortinas para garantir privacidade;
- Monitorização não invasiva (todas as urgências) e invasiva (UMC e UP);
- Ventilação mecânica de doentes;
- Máquina de gasimetria arterial no local (ou acesso facilitado);
- Imagiologia com aparelho de ecografia no local e radiologia convencional digital incorporada na sala
- Sistema informático e telecomunicações (rádio CODU);
- Relógio de parede bem visível;
- Stock próprio de equipamento, material e medicação;
- 2 Acessos de entrada/saída;
- Acesso facilitado a sistema pneumático para transporte de amostras clínicas;
- Mecanismos de abertura/fecho das portas com chave; com abertura imediata mediante acionamento do botão de alarme.
- Botão de alarme junto da porta principal com aviso sonoro audível em toda a urgência e área funcional de apoio;
- Área de lavagem de mãos/lavagem para procedimentos invasivos;
- Área de lavagem de sujos e armazenagem dos mesmos.

Pelo que observei a sala de emergência do SU, não cumpre algumas das recomendações, nomeadamente tratando-se de uma urgência polivalente tem capacidade para apenas 2 doentes ao invés dos 3 recomendados. Não possui 2 acessos de entrada/saída, nem mecanismo de abertura/fecho da porta. Também não existe um aparelho de radiologia ou ecografia no local nem acesso a sistema pneumático de transporte de amostras. A realização de exames radiológicos é feita pelos técnicos de radiologia que se deslocam à sala de emergência acompanhados do aparelho portátil e as colheitas laboratoriais são geralmente feitas pelos enfermeiros, o que permite uma maior poupança de tempo, e transportados pelos assistentes operacionais.

A sala de emergência é da responsabilidade do enfermeiro chefe de turno, este procede diariamente a validação e verificação do equipamento de acordo com a check list em vigor no serviço e que se encontra de acordo com as normas a Comissão Técnica de Apoio e Requalificação das Urgências de 2007. O chefe de turno é também habitualmente o enfermeiro mais habilitado com conhecimentos técnicos e teóricos e com capacidade para

dar resposta a situações diversas, agindo de forma rápida e segura. Na sua maioria o enfermeiro chefe de turno possui o título de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área doente crítico e enfermagem de reabilitação.

Área de observação clínica Após a triagem e de acordo com a prioridade atribuída, os doentes são encaminhados para os **balcões** de atendimento. Existem 2 espaços de observação que separam os doentes por sexo (balcão homens e balcão mulheres). Estes espaços são contíguos e possuem comunicação entre eles. Ambos os balcões possuem espaços de observação protegidos com cortinas que permitem a privacidade dos doentes, existem rampas de O₂ e de vácuo para os doentes realizarem oxigenoterapia e inaloterapia, uma bancada com a medicação que se utiliza mais frequentemente, área de lavagem de mãos e área de sujos. Ambos os balcões encontram-se informatizados e os espaços estão organizados de forma semelhante o que permite uma maior adaptação dos profissionais ao espaço físico. Existe ainda uma sala com aparelhos diversos (monitores cardíacos, seringas infusoras e bombas infusoras), onde se recorre quando se torna necessária a utilização destes equipamentos e um armário de soros. Segundo as recomendações de 2007 deveria existir uma sala de inaloterapia, no entanto o espaço físico do SU não se encontra adaptado para tal pelo que este tratamento é realizado nos balcões.

São encaminhados para os balcões os doentes urgentes, pouco urgentes e os não urgentes, no entanto, as recomendações de 2007, defendem que deverá existir uma área de observação clínica para cada classificação da triagem de prioridades.

Existe um enfermeiro por turno em cada um dos balcões. Este tem a função de prestar cuidados de enfermagem globais aos doentes a seu cargo de acordo com as prioridades e providenciar a realização de exames de diagnóstico e transferência dos doentes, pelo que uma boa capacidade de organização se torna necessária.

Por vezes encontram-se doentes internados nos balcões devido a falta de vagas nos serviços de internamento. Esta situação não é de todo desejável, quer para as profissionais, que têm pouca disponibilidade para prestar cuidados a estes doentes em via das situações de urgência a que têm de dar resposta, quer para os próprios doentes que permanecem numa maca por vários dias e se encontram privados de alguns dos direitos mais elementares, como é o direito a uma cama e a uma unidade onde possam guardar os seus pertences.

Sala de Monitorizações (SM) - Esta sala que abriu em Novembro de 2011, permite a monitorização contínua dos doentes que dela necessitem. Tem capacidade para 10 doentes (8 macas e 2 cadeirões), todas as unidades possuem monitor cardíaco, seringas e bombas infusoras para administração de medicação, rampas de O₂ e de vácuo, possui ainda uma bancada onde se encontra o material e a medicação mais utilizados, um lavatório, zona de

sujeitos e secretária com 2 terminais informatizados. Na sala de monitorização existe um carro de emergência e um botão de alarme localizado junto à porta que permite o pedido de auxílio em caso de emergência. Para esta sala encontra-se destacado 1 enfermeiro por turno, que tem como função a prestação de cuidados de enfermagem a doentes Hemodinamicamente instáveis ou que requerem uma vigilância contínua dos parâmetros vitais. O enfermeiro é ainda o responsável pela manutenção do equipamento e reposição do material clínico e de farmácia deste espaço. Esta sala foi criada para internamentos de curta duração, geralmente não superior a 24h.

Sala de Pequena Cirurgia, para esta área é encaminhada os doentes com lesões (abertas e fechadas). Aqui as atividades de enfermagem desenvolvidas são essencialmente de limpeza e desinfeção de feridas, imobilização de fraturas se necessário, e colaboração nos procedimentos de suturas. É uma sala ampla com área e materiais para a pequena cirurgia, tem local de lavagem das mãos e preparação para os atos cirúrgicos, stock de medicamentos e consumíveis, monitor de sinais vitais com oximetria de pulso e focos de luz móvel.

Sala de Ortopedia, observam-se os doentes do foro ortopédico onde executam as reduções de fraturas e luxações, imobilizações com talas e gesso. Tanto na pequena cirurgia como na sala de ortopedia, as funções do enfermeiro são dar apoio na realização dos procedimentos médicos, sendo também os responsáveis pela reposição de material clínico e de farmácia destas salas. Existe 1 elemento de enfermagem destacado para o apoio às salas da pequena cirurgia e da ortopedia nos turnos da manhã e da tarde. Durante a noite este trabalho é assegurado pelos enfermeiros do balcão.

Serviço de Observação (SO) é o local destinado a doentes com situações agudas, que necessitam de uma maior vigilância médica e de enfermagem. Tem a lotação de oito camas, dispõe de oito monitores (com vários módulos de pressão não invasiva) e de todo o equipamento necessário para a manutenção de vida. Cada unidade do doente é composta por cama, mesa-de cabeceira, monitor cardíaco e de sinais vitais, rampa de O₂ e de vácuo. Nesta área existe uma bancada para preparação de medicamentos, 2 armários de medicação, uma área de lavagem das mãos e sistema informático. É uma sala ampla que cumpre as recomendações de 2007 no que respeita a possui a capacidade técnica para prestação de cuidados, em conformidade com exigências de cuidados intermédios. Estão alocados ao SO 2 enfermeiros durante os turnos da manhã, da tarde e da noite, permitindo um rácio enfermeiro/doente máximo de 1/4 o que se coaduna com uma unidade de cuidados intermédios. Aqui o enfermeiro é responsável por prestar cuidados de enfermagem globais aos doentes a seu cargo, realizar registos de enfermagem, orientar a atividade dos

auxiliares de ação médica, contactar as unidades de internamento aquando da transferência de doentes.

De acordo com as normas a Comissão Técnica de Apoio e Requalificação das Urgências de 2007, o serviço de observação deveria compreender uma Área de permanência de curta duração em princípio máximo de 24 a 48 horas, englobando o posto de enfermagem, este período nem sempre é cumprido sobretudo pela escassez de vagas nos serviços de internamento.

Existem ao todo 3 carros de urgência no serviço, estes encontram-se localizados no SO, na sala de emergência e na sala de monitorizações. De referir que estes carros são todos idênticos e encontra-se organizado de forma semelhante o que se considera uma vantagem pois permite que os profissionais encontrem mais rapidamente o que necessitam evitando assim perdas de tempo desnecessárias.

No serviço de urgência existe ainda uma sala, cuja utilização depende das necessidades do serviço. É um espaço reservado, utilizado geralmente para a comunicação de más notícias ou ainda para internamentos de doentes cujo estado de saúde não lhe permite estar nos balcões ou não têm critérios de internamento no SO como é o caso dos doentes em situação terminal. Creio que a existência deste espaço é uma mais-valia, pois permite a manutenção da privacidade em situações de crise como são os casos anteriormente descritos.

Os **Espaços de Apoio** ao serviço de urgência são:

- Gabinete do Enfermeiro Chefe;
- Gabinete Médico
- Quarto médico;
- Sala de pausa;
- Instalações sanitárias de funcionários e de utentes;
- Copa
- Stocks consumíveis e medicação
- Sala de apoio de serviços de limpeza/manutenção;
- Vestiários masculinos e femininos em separado com cacifos, instalações sanitárias e duche; (localizados no piso inferior)

Recursos Humanos

A equipa de enfermagem é constituída por 49 elementos, distribuídos por 5 equipas funcionais, com 8 elementos cada, de turno e um grupo de 6 enfermeiros extraequipa, existindo paralelamente o enfermeiro chefe, especialista em enfermagem de saúde mental e

psiquiátrica, responsável pela gestão do serviço, apoiado por duas enfermeiras com o título de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Os turnos da Manhã e o da Tarde são assegurados por oito enfermeiros (número mínimo) e os turnos da Noite são assegurados por sete. No turno da noite a posta de apoio á pequena cirurgia e ortopedia é assegurado pelos enfermeiros dos balcões.

A distribuição dos enfermeiros pelos locais de trabalho é feita pelo enfermeiro chefe aquando da elaboração do horário mensal. A passagem de turno é efetuada entre os enfermeiros dos respetivos postos, assistindo o enfermeiro-chefe e o enfermeiro responsável do turno á passagem de ocorrências no SO e nos balcões O enfermeiro responsável passa o turno ao seu substituto, focando a globalidade dos acontecimentos decorridos no seu turno, bem como qualquer informação tida por relevante. Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2008), define que:

“a passagem de turno apresenta-se como uma reunião da equipa de enfermeiros, tendo como objetivo assegurar a continuidade dos cuidados, pela transmissão verbal de informação, e como finalidade promover a melhoria da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas.”

O método de trabalho utilizado em todas as valências do SU é o método individual, onde se prestam todos os cuidados de enfermagem, permitindo os cuidados de uma forma holística, no entanto é notório o espírito de equipa e a cooperação entre os elementos da equipa multidisciplinar.

A equipa multidisciplinar é ainda, constituída pela Equipa Médica (médicos de Clínica Geral, de Medicina Interna, Ortopedistas, e Cirurgiões) e pelos Assistentes Operacionais que em regime também de *roulement* dão apoio em todas as valências do SU das quais se destaca o transporte e encaminhamento dos doentes para os exames.

Cada uma destas áreas tem as suas especificidades e desafia o enfermeiro a uma análise crítica e reflexiva da sua dinâmica, articulação e contributo para a aquisição de competências. A prestação de cuidados de enfermagem no SU abarca, uma multiplicidade de pessoas, em diferentes momentos do ciclo vital que apresentam alterações na sua saúde física ou psíquica, percecionadas ou reais, não diagnosticadas ou que necessitam de outras intervenções, caracterizada por ser episódica e normalmente aguda (MacPhail, 2001).

No SU, a enfermagem é pluridimensional, implica o conhecimento de vários sistemas do organismo, processos de doença e grupos etários, comuns a outras especialidades de enfermagem (MacPhail, 2001).

Para dar resposta a esta e outras problemáticas, a enfermagem incorpora hoje, além do conhecimento próprio da profissão, uma multiplicidade de conhecimentos, das ciências físicas e comportamentais, das ciências sociais, da ética e de questões contemporâneas,

essenciais para satisfazer as necessidades individuais do seu objeto de cuidado, a pessoa (Smith, 1993).

Numa situação de emergência é fundamental não só a organização e prontidão funcional do espaço e equipamentos na SE, mas também a organização e comunicação eficaz da equipa, em que cada um sabe qual é o posto e a sua função que tem adstrita, o trabalho é dinâmico, a equipe médica e de enfermagem precisam atuar de forma sincronizada o doente encontra-se em estado crítico (Wehbe & Galvão, 2005). A equipa deve agir de forma coesa e articulada, sob orientação de normas operacionais, adotando uma metodologia sequencial de atuação desde a admissão do doente até à sua estabilização e planeamento da transferência intra ou inter-hospitalar.

Importa referir que o chefe de turno procede a cada turno a validação e verificação do equipamento e material de todos os postos de trabalho, é necessário um serviço eficiente e eficaz para aumentar a qualidade da prestação de cuidados de saúde, neste contexto a gestão de materiais atua como suporte à prestação de serviços de qualidade.

O processo de gestão de materiais e cuidados exige um equilíbrio contínuo entre o respeito pelo paciente e a resposta às exigências da organização.

3.2 – CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES

O serviço de urgência, é um serviço misto que admite, quer utentes do sexo masculino, quer do sexo feminino. Em relação, ao grupo etário é constituído por um grupo muito vasto, varia dos 18 anos aos 100 anos. Os utentes deste serviço apresentam uma média etária elevada, o que está de acordo com as características demográficas da população do Distrito Alentejano.

A proveniência dos doentes que recorrem ao serviço de urgência do HESE é a mais diversa podendo ser por transferência de outras Unidades de Saúde, por referenciação, por transporte de equipa de emergência médica, por vinda por meios próprios ou com acompanhamento de bombeiros.

Verifica-se uma grande afluência de doentes ao serviço de urgência, com todo o tipo de patologia (médica, cirúrgica, traumatologia, psiquiatria), e com diferentes gravidades. São prestados todos os cuidados de saúde necessários para responder às necessidades básicas e cuidados específicos, dos doentes, nas distintas patologias.

4 – METODOLOGIA

A metodologia do projeto consistiu no caminho traçado para atingir os objetivos e compreender o conjunto das atividades desenvolvidas.

Berbaum (1991:28), refere que “o projeto deve ser flexível e realista, limitando as ambições do seu autor às possibilidades de concretização”.

O trabalho de projeto é uma atividade “intencional através da qual o ator social, tomando o problema que o interessa, produz conhecimentos, adquire capacidades, revê e/ou adquire atitudes e/ou resolve problemas que o preocupam através do estudo e envolvimento numa questão autêntica ou simulada da vida” (Leite, Malpique & Santos, 1989:89).

No percurso de formação do aluno, insere-se o projeto de formação, sendo o aluno o responsável pela área a desenvolver. Assim tem autonomia para escolher o seu próprio projeto, criando oportunidades de aprendizagem relacionadas com o anteriormente delineado na sua mente, tendo por base a sua experiência pessoal e profissional, valorizando-as. No entanto, esta escolha deve de ir ao encontro das suas necessidades de formação, na área da reabilitação, para que o aluno desenvolva competências, para poder primeiramente autoformar-se e posteriormente prestar cuidados de qualidade diferenciados. Este modelo de formação estimula a participação, criatividade, autonomia (Nóvoa, 1988) inserindo os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação no paradigma da aprendizagem ao longo da vida, para se adaptarem às constantes mudanças e avanços científicos.

Esta escolha deve estar de acordo com as necessidades de formação e desenvolvimento de competências do aluno na área da enfermagem de reabilitação. Tal como refere Santos (1990:19), “os estudos devem centrar-se em problemas, partir das necessidades dos estudantes e organizarem-se sob a forma de projetos que, de preferência, também devem ser geridos pelos participantes.”

O trabalho de projeto é, por isso, um método de trabalho centrado na resolução de um problema, inserindo-se numa metodologia cujo princípio orientador é formar, formando-se e para o qual se torna necessário conhecer a realidade, refletir e intervir. É um trabalho coletivo do educador, educando e da comunidade.

Trabalhar num ambiente de projetos pode levar a um maior envolvimento pessoal e, consequentemente, a uma aprendizagem mais eficaz, pois aprendemos em consequência do nosso próprio desejo de aprender e da nossa vontade de conhecer.

Foram todos estes aspetos, simultaneamente, com os meus momentos reflexivos ao longo deste curso, conjuntamente com o meu percurso profissional, que me levaram à reformulação do projeto de formação, relativamente à primeira “ideia” em mente, mas mantendo as expectativas iniciais, quanto à autoformação e motivação e tendo sempre por pano de fundo o perfil do enfermeiro especialista de reabilitação. Pelo anteriormente descrito e em conformidade com o estágio, o meu projeto de formação requer-se na reabilitação funcional respiratória, na pessoa com patologia respiratória crónica, no serviço de urgência.

Para Castro & Ricardo (2003:10), “num projeto tem-se como objetivo criar qualquer coisa que tem uma função precisa”. Nesta linha de pensamento o trabalho de projeto dá-nos mais liberdade para a resolução do problema, por nós identificado, uma vez que todo o trabalho é centrado nessa resolução. É um método que requer a participação do aluno, segundo as suas capacidades, com o objetivo de realizar um trabalho final, decidido, planificado e organizado.

Assim defini como objetivo geral para a conceção deste projeto de formação:

- Desenvolver competências específicas em enfermagem na área da Gestão de Unidades de Saúde.

Tal como refere Castro & Ricardo (2003:8):

“o trabalho é orientado para a resolução de um problema. Este deve obedecer a determinadas características, como sejam:

- Ser considerado importante e real para o aluno;
- Ser profissionalmente relevante e permitir aprendizagens novas;
- Ser de natureza tal que tenha que ser estudado/resolvido tendo em conta as condições da sociedade em que o aluno viva”.

Constitui um ambiente de aprendizagem ativo, aberto e centrado no aluno. É o, formar-se formando-se, conhecendo a realidade, refletindo e intervindo. No entanto, a elaboração de um projeto deve “obedecer” a uma metodologia de trabalho, que se traduz num planeamento próprio de cada aluno, mas que se deve concretizar através de um projeto de estágio, simultaneamente com um procedimento metodológico e estratégico de obtenção de conhecimentos, assim como, com o desenvolvimento de competências de enfermagem de reabilitação, na área específica escolhida, a qual deve culminar com estágio final.

No entanto, a elaboração de um projeto deve obedecer a uma metodologia de trabalho, que se traduz num planeamento próprio de cada aluno, mas que se deve concretizar através de um contrato de aprendizagem, simultaneamente com um procedimento metodológico e estratégico de obtenção de conhecimentos.

O projeto de estágio foi o plano estratégico delineado para que os objetivos sejam alcançados na sua plenitude. O mesmo traduz as estratégias estipuladas e o caminho a seguir, avaliando gradualmente se os objetivos estão a ser atingidos.

Nesta perspetiva é o aluno que define o percurso que quer palmilhar, os objetivos que pretende desenvolver/alcançar e que delineia as estratégias a incrementar, para poder responder às suas necessidades de formação, na área anteriormente escolhida, edificando de forma ativa os seus saberes.

Santos (1990:15) refere que “(...) o projeto supõe a visão de um fim”. Com base neste pressuposto o projeto é igualmente definido por Barbier (1991:57) “(...) como a combinação dos meios que permitem atingir o objetivo final fixado”.

O facto de ter um percurso profissional com desempenho em serviços onde as patologias respiratórias crónicas são frequentes (onde a causa major, de ventilação mecânica, são as doenças crónicas do foro respiratório e os desequilíbrios da função respiratória que também são a causa major da ventilação/internamento prolongado) e atualmente o contacto com o *continuum* dos cuidados hospitalares/comunidade (onde a causa dos repetidos internamentos hospitalares, com regresso ao domicílio, com aumento significativo de défices, são igualmente os problemas do foro respiratório), despertou em mim, enquanto enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, fazendo-me olhar esta realidade numa outra perspetiva e, refletir nos contributos que a minha formação poderá trazer à pessoa/família com doença respiratória, restritiva e/ou crónica em contexto hospitalar, ou na comunidade. Por forma a contribuir efetivamente para uma melhor gestão do serviço de urgência, atendendo a que permitirá diminuir o tempo de internamento e promover uma melhoria de qualidade de vida do doente/família.

Após adquirir e aprofundar alguns conhecimentos nesta área e refletir sobre a minha prática profissional, constato que existem grandes lacunas ao nível da prestação dos cuidados especializados de enfermagem de reabilitação a pessoas com alterações da função respiratória. Como enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, penso que posso contribuir para que este facto se altere.

Uma vez que a enfermagem de reabilitação detém competência legal para intervir de forma autónoma, devem estes profissionais, levar para o terreno todo o seu conhecimento científico, aplicá-lo de forma sólida, e ter a capacidade de demonstrar resultados em saúde, obtidos também devido às suas intervenções. Por esse motivo este trabalho surge, para o qual foram criados planos padrão de reabilitação, com parametrização de intervenções diferenciadas, uma vez que a pesquisa efetuada levou a concluir que ocorre uma ausência de intervenções específicas nos aplicativos informáticos, nas várias instituições por onde passei ao longo da minha formação como enfermeiro especialista em reabilitação, o que

para além de dificultar o desempenho diário, devido a uma ausência de planeamento adequado e personalizado, a ausência da demonstração dos resultados não permite evidenciar a mais-valia da enfermagem de reabilitação.

Assim, o presente projeto de formação traduz a necessidade de desenvolver competências específicas em enfermagem na área da Gestão de Unidades de Saúde.

Como já referi, foi decorrente da observação direta da prática da prestação dos cuidados que constato que existe um défice ou mesmo ausência de respostas, por parte dos Enfermeiros à pessoa portadora de doença respiratória crónica e à sua família.

Imbuída por este espírito e de clara constatação que existe, competências que necessito adquirir ao longo deste percurso de formação, tentarei desenvolver estratégias para atingir os objetivos propostos, tendo sempre por base as competências adquiridas no Curso de Mestrado de Enfermagem em Gestão de Unidades de Saúde.

Importa referir que a reabilitação funcional respiratória pode ser definida como uma continuidade de serviços multidimensionais, dirigidos a pessoas com doenças respiratórias e às suas famílias, geralmente por uma equipa interdisciplinar de especialistas tendo como objetivo atingir e manter o nível máximo de independência do indivíduo e de funcionalidade na comunidade.

A prevenção e o diagnóstico precoce no tratamento dos problemas respiratórios reais ou potenciais desempenham um papel vital na melhoria da qualidade de vida destes doentes, assim como o ensino aos mesmos para gerirem, eles próprios, os seus problemas respiratórios (Hoeman, 2000).

Não nos devemos esquecer que o objetivo da reabilitação é a redução da incapacidade, onde se incluem os seguintes conceitos chave:

- Cuidados à pessoa portadora de doença respiratória e à sua família;
- Trabalho da equipa multidisciplinar;
- Cuidados comunitários.

Inserida nesta realidade defini as seguintes metas:

✧ Alcançar o perfil das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, tendo sempre em mente que cada dia é um pequeno passo na minha aprendizagem;

✧ Possuir competências científicas, técnicas, humanas e culturais, por forma a atuar na prevenção de incapacidades e na reabilitação da pessoa/família, com o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade de vida e da qualidade dos cuidados;

✧ Autonomia no desempenho das minhas funções como enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, integrada numa equipa de cuidados.

Tal com refere Tavares, “quem não sabe para onde quer ir, não chega a lado nenhum. Ter objetivos é condição imprescindível para decididamente progredir em direção a eles.” (1990:136).

Os objetivos dão-nos a direção a seguir, mas são as nossas razões, no momento presente, que ligam as metas ao futuro que queremos alcançar. Foi com base na minha prática profissional, que fui fortalecendo um interesse especial pela reabilitação funcional respiratória, configurando-se neste contexto a indispensável intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, tanto na prevenção como na intervenção precoce, no campo de ação, das complicações das doenças respiratórias, onde o enfermeiro especialista possui autonomia na formação (daqueles que conjuntamente com ele, prestam cuidados à pessoa/família) e na intervenção, no âmbito dos posicionamentos para drenagem dos lobos pulmonares, terapêutica de posição, correções posturais assim como nos ensinamentos à pessoa/família (sobre a consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios, da tosse dirigida e assistida), na leitura e interpretação das radiografias do tórax, de forma a contextualizar a evolução clínica, percebendo assim a importância da intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, uma vez que, as sessões precoces da Reeducação Funcional Respiratória são primordiais para a prevenção das complicações e consecutivamente otimizar a função respiratória.

Pelo anteriormente exposto, efetuei pesquisa bibliográfica e mobilizei conhecimentos no âmbito da reeducação funcional respiratória, direcionados para as patologias do foro respiratório, que me levaram a um aprofundamento teórico sobre o tema.

4.1 – OBJETIVOS

Objetivo diz respeito a um fim que se quer atingir. Corresponde ao resultado que se pretende, permitindo aos indivíduos orientarem as ações para a concretização dos mesmos. Cada objetivo deve destacar a ação e as atividades para a concretização do resultado final. Segundo Fortin (1999:116), “os objetivos devem ser estruturados tendo em atenção a sua pertinência, precisão, realização e medição”.

Objetivo Geral:

- Desenvolver competências específicas em enfermagem na área da Gestão de Unidades de Saúde.

Objetivos Específicos:

- Utilizar os conhecimentos teóricos atualizados e desenvolvimentos teóricos, em conjugação com uma análise da sua relevância, para o exercício profissional;

- Definir formas de atuação, baseadas em pressupostos previamente validados, e de as fundamentar teórica e metodologicamente;
- Demonstrar a operacionalização de planos de cuidados de reabilitação, traduzindo a evidência da prática e a eficácia das intervenções realizadas;
- Analisar criticamente os resultados obtidos decorrentes das intervenções;
- Refletir sobre os problemas de natureza ética e normativa, sobre as responsabilidades sociais inerentes à aplicação do conhecimento e à profissão.

4.2 - TIPO DE ESTUDO

Segundo Neto (2003), a metodologia: “consiste no caminho para atingir um objetivo e compreende um conjunto de atividades sistemáticas e racionais, que permitem economizar recursos humanos e materiais, dando ao mesmo tempo a orientação necessária para percorrer esse caminho e alcançar o objetivo pretendido”.

Optei por um tipo de pesquisa de natureza descritiva, transversal e não experimental pois não tem o objetivo de controlar fenómenos, mas sim recolher dados observáveis e quantificáveis, realizado num ponto de tempo.

Um estudo não-experimental “(...) serve para descrever, explorar ou explicar um fenómeno complexo ou para verificar proposições teóricas a partir de uma análise em profundidade dos diferentes elementos do fenómeno” (Fortin: 1999). Com este estudo vou observar, principalmente, a recuperação funcional.

Segundo Fortin (1999), “O objetivo do estudo descritivo consiste em discriminar os fatores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo”. A metodologia descritiva, justifica-se pelo facto de nos proporcionar a caracterização da sua ocorrência e sua natureza. Pretende este estudo, realizar uma pesquisa descritiva, pois o objetivo é o de observar e descrever os resultados obtidos através de escalas de avaliação e realização de plano de cuidados.

Segundo Fortin (1999), “é de natureza transversal porque é efetuado durante um período/ corte de tempo, num determinado período/momento”. Porque se pretende estudar num determinado momento temporal, ou seja, no momento da aplicação do instrumento de colheita de dados, para que os planos de cuidados de enfermagem de reabilitação sejam implementados no período de Setembro de 2015 a Fevereiro de 2016.

Optei por uma abordagem metodológica mista (Qualitativa e Quantitativa).

A investigação qualitativa utiliza uma multiplicidade de métodos para abordar uma problemática de forma naturalista e interpretativa, ou seja, estuda-se o problema no ambiente natural. Os estudos qualitativos têm como principais características a

complexidade, subjetividade, descoberta, lógica indutiva e o facto de ser um modelo não linear no plano da investigação (Coutinho, 2011). O grande objetivo destes estudos é conhecer o problema de uma forma holística e nele se insere o estudo de caso múltiplo ou comparativo.

O presente estudo é um estudo de caso. O estudo de caso é um estudo intensivo e detalhado sobre um fenómeno (Coutinho, 2011), seja ele uma patologia, pessoa ou acontecimento. É uma investigação empírica baseada no raciocínio indutivo e em fontes de dados múltiplas e variadas. Todavia, este não é um caso de estudo puramente qualitativo, tendo recurso a metodologia quantitativa com recurso a indicadores quantitativos, pelo que se poderá considerar uma metodologia mista que favorecerá uma melhor compreensão e visão global dos casos apresentados.

Algumas críticas são tecidas à utilização desta metodologia, há autores que referem ser pouco precisa, objetiva e rigorosa, ou seja, coloca questões de credibilidade (validade externa, fiabilidade e validade interna), no entanto, devido ao número da amostra e tendo em conta os objetivos delineados e os instrumentos utilizados, considerou-se ser a metodologia mais indicada.

4.3 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

Um estudo tem obrigatoriamente de definir a população à qual se destina o estudo, sendo que Fortin (1999) menciona que “além de escolher sujeitos de uma população definida, o investigador considera o método de amostragem apropriado e o tamanho da amostra”.

Para a concretização de qualquer estudo é necessário uma população. Esta pode ser definida como o conjunto de pessoas ou objetos da qual se pretende retirar uma conclusão (Pais Ribeiro, 2010).

A população alvo possui um conjunto de características comuns definidas pelos critérios estabelecidos *à priori* (Fortin, 1999).

A amostra é “uma réplica em miniatura da população alvo (...) que deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra selecionada” (Fortin, 1999:203). No presente estudo a amostra é intencional, criterial e de conveniência. Criterial porque obedece a critérios específicos e de conveniência, uma vez que se recorrerá às pessoas com patologia respiratória crónica internadas no serviço de urgência, do HESE - EPE.

Este estudo foi desenvolvido no serviço de urgência, do HESE-EPE, onde realizei o estágio final, na área da Gestão de Cuidados Especializados como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Critérios de inclusão:

- Doentes com patologia respiratória crónica;
- Estável hemodinamicamente para a intervenção do enfermeiro de reabilitação;
- Internados na sala de observações (SO), no serviço de urgência, do HESE- EPE;
- Tenham capacidade de compreensão dos instrumentos de avaliação utilizados;
- Aceitem participar no estudo.

De acordo com a definição anteriormente apresentada e segundo os critérios estabelecidos, a população alvo do estudo foram todos os utentes internados no SO, do serviço de urgência, do HESE-EPE. Este estudo foi realizado com a recolha de dados de Setembro de 2015 a Janeiro de 2016, com uma amostra de 4 utentes com plano de reabilitação implementado.

As idades dos utentes (79, 84, 81, 68), perfazem uma média de 78,0 anos. Quanto ao sexo, 75% eram do sexo Masculino e 25% do sexo Feminino.

4.4 - INSTRUMENTO E RECOLHA DOS DADOS

A recolha de dados fornece a informação para dar resposta à pergunta de partida com o intuito de alcançar os objetivos formulados. Segundo Bogdan & Biken (1994), uma base de dados corresponde aos materiais não trabalhados, colhidos pelo investigador do universo que se encontra a estudar, constituindo a base de análise.

Assim sendo, foi criado um documento, onde se realizou a avaliação inicial da enfermagem de reabilitação, identificando diagnósticos clínicos, anamnese do episódio, avaliação da condição física e cognitiva do indivíduo, identificação dos diagnósticos de enfermagem com especial interesse para a enfermagem de reabilitação e uma avaliação da capacidade funcional global do indivíduo através do índice de Barthel, funcionando como ponto de partida para a estruturação das intervenções a realizar, escalas que permitam, de forma objetiva, monitorizar os resultados obtidos após as intervenções de reabilitação (Tabela 1).

Posteriormente realizaram-se os planos de cuidados de enfermagem de reabilitação.

Seguidamente, foi realizada a efetivação dos planos de cuidados, fazendo uma constante avaliação para que se possam redefinir as estratégias e alcançar os objetivos definidos.

FOLHA DE REGISTO DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO		NOME	Idade	
		Data/Hora		
Avaliação Inicial	Temperatura			
	Pressão arterial			
	Frequência cardíaca			
	Frequência respiratória			
	Sp O2			
	Fi O2			
	Simetria			
	Dor			
Padrão Respiratório	Torácico ou costal			
	Abdominal ou diafragmático			
	Misto			
	Paradoxal			
	Dispneia em repouso			
	Dispneia ao esforço			
	Ortopedia			
Auscultação Pulmonar	Murmúrio vesicular mantido			
	Murmúrio vesicular ausente			
	Roncos			
	Sibilos			
	Crepitações			
	Fervores			
	Estridor			
Tosse	Sim/Não			
	Eficaz/ não eficaz			
Secreções	Mucosas			
	Muco-purulentas			
	Purulentas			
	Hemáticas			
	Hemáticas-purulentas			
V N I	Sim/Não			
	Cpap/Bipap			
Estado de Consciência	Consciente			
	Orientado			
	Desorientado			
	Score da escala de Glasgow			
Simetria facial	Mantida			
	Parésia facial central direita/esquerda			
	Parésia facial periférica direita/esquerda			
Pupilas	Isocóricas: Sim/Não			
	Isoreativas: Sim/Não			
Campos Visuais	Sem alterações			
	Diplopia			
	Hemianópsia direita/esquerda			
	Hemianópsia heterónima direita/esquerda			
Linguagem	Discurso fluente			
	Disartria			
	Afasia de expressão			
	Afasia de compreensão			
	Afasia de nomeação			

Deglutição	Sem alterações			
	Disfagia a líquidos			
	Disfagia a sólidos			
	Score da escala de Guss			
Força Muscular (escala de Lower)	Membro Superior Direito			
	Membro Superior Esquerdo			
	Membro Inferior Direito			
	Membro Inferior Esquerdo			
Equilíbrio	Sentado (presente/ausente) (estático e dinâmico)			
	Em pé (presente/ausente) (estático e dinâmico)			
	Score da escala de Berg			
Tónus Muscular	Mantido			
	Hipotonia			
	Hipertonia			
	Score da escala de Ashworth Modificada			
	Superficial			
Sensibilidade	Profunda			
Exercícios de Reeducação Respiratória	Consciencialização tempos respiratórios			
	Dissociação dos tempos respiratórios			
	Reforço abdominal diafragmático			
	Exercícios costais globais			
	Exercícios costais seletivos			
	Exercícios com faixa			
	Exercícios de expansão torácica			
	Reeducação costal			
	Técnicas de correção postural			
	Técnicas de relaxamento			
Drenagem Postural	Lobos superiores			
	Língua			
	Lobo médio			
	Lobos inferiores			
Manobras Acessórias	Vibrações			
	Compressões			
	Percussões			
Incentivador respiratório	Inspirómetro			
Oxigeno terapia				
Aerossolterapia				

Tosse	Tipo de tosse		Assistida			
			Dirigida			
Tosse	Seca/irritativa					
	Produtiva	Flúídica				
		Viscosa				
		Espumosa				
	Odor	Inodora				
		Fétida				
	Coloração	Branca				
		Vermelha				
		Ferrugem / marron				
		Violeta				
		Amarela				
		Verde				
Rosa						
Aguda						
Crônica						
Aspiração de secreções						
Hidratação oral						
Mobilizações	Passivas					
	Ativas – Assistidas					
	Ativas – Resistidas					
Treino de Equilíbrio	Sentado (Estático/Dinâmico)					
	Em pé (Estático/Dinâmico)					
Treino de Marcha						
Treino de Motricidade Fina						
Treino de Mímica Facial						
Treino da Deglutição						
Reavaliação						
Pressão Arterial						
Frequência Cardíaca						
Frequência Respiratória						
Sp O2						
Auscultação:						
Assinatura do Enfermeiro Especialista em Reabilitação						

Tabela nº 1 – Folha de Registo de Enfermagem de Reabilitação

4.5 - ASPETOS ÉTICOS

Fortin (1999) diz que a ética “ é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. É o conjunto de permissões e interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”. Sendo assim, o investigador deve tomar as precauções necessárias, para que tais valores estejam protegidos.

Não se deve negligenciar as expectativas dos utentes, sobrepondo aos seus interesses ao interesse do trabalho (Gonzaga, 1998).

Em todos os procedimentos foram tidos em conta os aspetos éticos, preservando sempre o anonimato e segurança dos utentes e sendo estes, esclarecidos sempre que necessário, relativamente aos procedimentos.

Não foi utilizado o consentimento informado porque a aplicação dos instrumentos de recolha de dados, foi em contexto laboral no desempenho das funções habituais como enfermeiro de reabilitação, no âmbito do estudo apenas foram compilados os dados, mantendo o sigilo dos mesmos e identificação dos utentes.

4.6 - ANÁLISE REFLEXIVA DAS ESTRATÉGIAS E INTERVENÇÕES

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados, baseados nos problemas reais e potenciais das pessoas. O nível elevado de conhecimentos e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações secundárias, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa.

A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos utentes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente, ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades. Para tal, utiliza técnicas específicas de reabilitação e intervém na educação dos utentes e pessoas significativas, no planeamento da alta, na continuidade dos cuidados e na reintegração dos utentes na família e na comunidade, proporcionando -lhes assim, o direito à dignidade e à qualidade de vida.

Posto isto, de seguida, irei definir as estratégias e intervenções do referido projeto para o estágio Final, de forma a prestar cuidados de enfermagem de reabilitação e a desenvolver competências no que diz respeito à reeducação funcional respiratória e motora, tendo como alvo dos mesmos, os utentes do serviço de urgência, apresentados e caracterizados anteriormente, para que os mesmos adquiram a maior independência funcional respiratória e motora possível. Para que possa dar cumprimento às necessidades dos utentes com patologia respiratória crónica internados no serviço de urgência e, tendo em conta a gestão de unidades de saúde e o conteúdo funcional da enfermagem de reabilitação, as intervenções terão como objetivo demonstrar o contributo dos cuidados de enfermagem de

reabilitação no contexto de cuidados de saúde no serviço de urgência. A concretização deste objetivo deverá contribuir para:

- Preservar e/ou restabelecer a funcionalidade do doente de forma a promover o autocuidado, autonomia e qualidade de vida;
- Prevenir complicações durante o internamento e após a alta hospitalar;
- Reduzir o tempo de internamento hospitalar;
- Intervir em utentes que necessitem de exercícios de expansão pulmonar;
- Diminuir custos, promovendo ganhos em saúde aos doentes/família internados no serviço.

4.6.1 – Estratégias e Intervenções

A estratégia é definida como os recursos que serão alocados para se atingir determinado objetivo.

Thietart (1984), citado por Nicolau (2001) define estratégia como: “o conjunto de decisões e ações relativas à escolha dos meios e à articulação de recursos com vista a atingir um objetivo.”

A seleção das estratégias depende dos objetivos previamente definidos assim como dos recursos disponíveis na comunidade e no grupo de trabalho. Permite ainda estabelecer qual o plano mais adequado para suprimir os problemas prioritários.

Assim na elaboração deste trabalho foram delineadas as seguintes estratégias:

- 1 – Conhecer o contexto, o funcionamento e a organização do serviço de urgência;
- 2 - Identificar e conhecer o papel do enfermeiro especialista de reabilitação perante a pessoa com patologia respiratória crónica no serviço de urgência;
- 3 - Aprofundar conhecimentos sobre a qualidade de vida dos utentes após a intervenção da enfermagem de reabilitação e a qualidade dos cuidados prestados;
- 4 - Identificar indicadores da qualidade na prática de cuidados de reabilitação;
- 5 – Elaborar um instrumento de avaliação de cuidados de enfermagem de reabilitação;
- 6 – Recolher informação para análise dos dados dos instrumentos de avaliação;
- 7 - Analisar e interpretar os dados dos instrumentos de avaliação dos doentes submetidos a um programa de reabilitação;
- 8 – Apresentar os resultados da análise dos dados dos instrumentos de avaliação dos doentes submetidos a um programa de reabilitação;
- 9 - Refletir sobre a informação obtida após análise dos instrumentos de avaliação;
- 10 – Refletir sobre as atividades desenvolvidas e efetuar uma autoanálise crítica sobre as mesmas.

4.6.2 – Planeamento e Execução das Intervenções

Neste ponto do projeto, irei mencionar a razão de ter delimitado cada um dos objetivos das intervenções, bem como quais as intervenções que irei executar, de forma a conseguir alcançar os mesmos.

1. **Intervir em utentes que necessitem de exercícios de expansão pulmonar:** as técnicas de expansão pulmonar ou re-expansão pulmonar consistem numa série de manobras pulmonares com o objetivo de aumentar a ventilação alveolar, evitando a hipoventilação e reduzindo o trabalho ventilatório (Presto & Damázio, 2009). As intervenções que iremos realizar para alcançar este objetivo são:

- Consciencialização e controlo da respiração;
- Treino da dissociação dos tempos respiratórios;
- Expiração com os lábios semicerrados;
- Respiração diafragmática;
- Posicionamento terapêutico no leito;
- Levante precoce para o cadeirão (desde que não existam contraindicações);
- Controlo postural;
- Sustentamento inspiratório máximo;
- Inspirações profundas;
- Padrão de soluço ou suspiro;
- Padrão de expiração forçada;
- Espirometria de incentivo;
- Reeducação diafragmática:
 - Anterior e posterior;
 - Hemicúpulas;
- Reeducação costal:
 - Global e seletiva;
- Ventilação dirigida;
- Administração de terapêutica inalatória e respetivos ensinamentos.

2. **Atuar em utentes necessitados de técnicas de limpeza das vias aéreas:** um dos principais objetivos da RFR é assegurar a permeabilidade das vias aéreas, baseando-se nos métodos que facilitam a eliminação das secreções brônquicas no movimento. Estas manobras favorecem o desprendimento das secreções desde os segmentos broncopulmonares distais até aos grandes brônquios, para uma melhor expulsão,

promovendo a limpeza das vias aéreas respiratórias e melhoria das trocas gasosas, para além de prevenir e minimizar complicações decorrentes das pneumopatias (Cordeiro & Menoita, 2012). As intervenções que iremos realizar para alcançar este objetivo são:

- Drenagem Postural;
- Vibroterapia;
- Compressões torácicas;
- Vibrocompressões;
- Percussões torácicas;
- Aumento do fluxo expiratório;
- Técnica da expiração lenta total com a glote aberta em decúbito lateral;
- Ciclo ativo da respiração;
- Drenagem autógena;
- Ensino da Tosse: Dirigida; Assistida.
- Ensino da tosse dirigida modificada (huffing);
- Administração de terapêutica por aerossolterapia;
- Aspiração de secreções.

3. Intervir em utentes com alterações do equilíbrio (estático e dinâmico), com vista à melhoria da sua funcionalidade: o equilíbrio é um processo complexo que depende da integração da visão, do sistema vestibular e perceção periférica, dos comandos centrais e respostas neuromusculares e, particularmente, da força muscular e do tempo de reação, (Silva et al., 2008). Antes de realizar qualquer técnica de reabilitação o enfermeiro deve avaliar o doente. Esmond (2005) afirma que a avaliação dos doentes é uma das principais intervenções de enfermagem de reabilitação, possibilitando que os enfermeiros possam proporcionar cuidados mais adequados às necessidades dos doentes. As intervenções que pretendemos efetuar com o objetivo de alcançar este objetivo são:

- Análise da história clínica do utente;
- Observação e realização do exame físico;
- Aplicação da Escala de Berg;
- Avaliação da funcionalidade dos doentes na realização das AVD através do Índice de Barthel e da Medida de Independência Funcional (MIF);
- Posicionamento em cadeia fechada;
- Reeducação dos músculos abdominais: reto anterior, piramidal, oblíquo externo e interno e transversos;
- Estimulação de desequilíbrios no doente na posição de sentado;
- Posicionamento sentado sobre almofadas;

- Exercício do avião;
- Utilização da bola de pilates na posição de sentado no leito e na posição ortostática;
- Avaliação da dismetria dedo-nariz e calcanhar Joelho;
- Avaliação do equilíbrio estático através do Teste de Romberg;
- Realização de exercícios para treino do equilíbrio, na posição ortostática;
- Marcha sobre almofadas;
- Colocação do doente em frente a um espelho quadriculado;
- Tomada de consciência por parte do doente de uma correta postura corporal;
- Realização de técnicas de relaxamento da musculatura da cintura escapular: trapézio, grande dorsal, romboide maior e menor;
- Correção de posições antiálgicas incorretas;
- Execução de treino da posição ortostática com ajuda de andarilho;
- Deambulação sobre uma linha com aproximadamente 3 metros de comprimento;
- Colocação de obstáculos no trajeto do doente, para que este com supervisão, os consiga ultrapassar.

4. **Atuar em utentes com alterações da força muscular, com o objetivo de aumentar a sua autonomia:** a força é a quantidade máxima de tensão que um músculo ou um agrupamento muscular pode produzir num padrão específico de movimento realizado em determinada velocidade. As intervenções que iremos executar são as seguintes:

- Avaliação da força muscular dos doentes através da Escala de Lower;
- Avaliação da funcionalidade dos doentes na realização das AVD através do Índice de Barthel e da MIF;
- Avaliação do tônus muscular através da palpação e das mobilizações passivas;
- Execução de posicionamentos corretos no leito e na posição de sentado;
- Realização de exercícios no leito, tais como: extensão e oscilações lombo-pélvicas, rolamentos e automobilização dos membros superiores e inferiores;
- Técnica de massagem terapêutica;
- Execução de alongamentos;
- Realização de exercícios isométricos no leito;
- Realização de mobilizações passivas;
- Cumprimento de mobilizações ativas-assistidas e resistidas.
- Ensino de técnicas de transferências;
- Treino de técnicas de deambulação com ou sem auxiliares de marcha;
- Treino de AVD.

4.6.3 – Operacionalização do Projeto

Para que o projeto seja adequado e aplicável ao serviço de urgência, pretende-se que numa fase inicial, esteja um enfermeiro especialista em reabilitação escalado exclusivamente para os cuidados de enfermagem de reabilitação em 2 manhãs por semana, sendo que o mesmo assegura os cuidados de enfermagem de reabilitação no serviço de urgência, em articulação com as respetivas equipas multidisciplinares. Numa fase posterior, pretendemos alargar os cuidados de enfermagem de reabilitação também para os turnos da tarde, de forma a existir uma maior continuidade dos mesmos, tendo sempre como foco, o sucesso do processo de reabilitação dos utentes e a melhoria da sua funcionalidade.

Deste modo, e como forma de operacionalizar e rentabilizar ao máximo as competências e conhecimentos da equipa de enfermagem de reabilitação do serviço de urgência, a dinâmica durante o turno será a seguinte:

- Participação na passagem de turno do serviço de urgência;
- Seleção dos utentes prioritários em termos de cuidados de enfermagem de reabilitação, dando ênfase aos utentes que têm prescrição de cuidados de reabilitação;
- Observação e consulta dos processos clínicos e de enfermagem dos referidos utentes;
- Discussão com os elementos da equipa multidisciplinar acerca dos cuidados de reabilitação necessários aos referidos utentes;
- Avaliação subjetiva e objetiva dos utentes e respetivos registos em folha própria;
- Elaboração dos diagnósticos e intervenções de enfermagem de reabilitação;
- Execução e avaliação dos cuidados de enfermagem de reabilitação;
- Realização dos registos de enfermagem de reabilitação no programa Alert;
- Realização de ensinamentos formais e informais aos utentes e familiares, acerca de determinados aspetos relacionados com o processo de reabilitação, de forma a preparar a alta dos utentes;
- Treino de AVD;
- Colaboração com os colegas de enfermagem dos cuidados gerais;
- Cooperação com a gestão do serviço;
- Participação na passagem de turno, transmitindo aos elementos de enfermagem quais as intervenções executadas e a evolução do processo de reabilitação dos utentes.

É de referir que o processo de enfermagem de reabilitação dos utentes, ficará anexado ao processo dos mesmos, de forma a possibilitar a sua consulta pela equipa de enfermagem e pelos restantes elementos da equipa multidisciplinar. Este facto também permite a

continuidade dos referidos cuidados de enfermagem de reabilitação, numa perspetiva de tornar o processo de reabilitação mais eficaz.

Outro aspeto a referir é a intenção de reunir a equipa de enfermagem de reabilitação semanalmente (4^ªfeira), com o objetivo de partilhar experiências, definir estratégias e fazer um balanço dos cuidados prestados.

Numa perspetiva de melhoria da qualidade dos cuidados, pretendo alcançar as seguintes metas:

- Preservar e/ou restabelecer a funcionalidade do doente de forma a promover o autocuidado, autonomia e qualidade de vida;
- Prevenir complicações durante o internamento e após a alta hospitalar;
- Reduzir o tempo de internamento hospitalar;
- Intervir em utentes que necessitem de exercícios de expansão pulmonar;
- Diminuir custos, promovendo ganhos em saúde aos doentes/família internados no serviço.

4.6.4 – Avaliação

A avaliação constitui o final do processo de planeamento, mas integra-se também em cada uma das etapas descritas anteriormente, pois estabelece um mecanismo de retroação sobre as diversas etapas do processo de planeamento, permitindo melhorar a atividade em curso e planificar mais eficazmente (Tavares, 1990).

A avaliação deste projeto realizar-se-á de uma forma contínua e sistemática, permitindo alterações e ajustamentos sempre que sejam necessários, pois e tal com refere Brand (1998: 149), é indispensável que quem desenvolve um projeto “consiga dominar em qualquer altura a evolução dos acontecimentos e que esteja apto a tomar ações corretivas necessárias para moldar essa evolução aos objetivos que deseja alcançar”.

Diversos autores opinam sobre tipologias de avaliação e sua sistematização, mas segundo Tavares (1990) pode-se dizer que existem dois paradigmas de avaliação: um empírico, recorrendo a dados objetivos, de carácter dedutivo, predominantemente quantitativo e outro normativo, de tipo qualitativo, subjetivo, de carácter indutivo. A avaliação será pois determinante para se verificar a consecução do projeto e no capítulo anterior a definição de indicadores de avaliação constituiu um trabalho preliminar que apoiará este trabalho.

Segundo Tavares (1990) só uma correta avaliação e controle dos projetos permitem comparar os estados, inicial e final, da população-alvo, antes e após a implementação de

um projeto, relacionando as atividades realizadas com os recursos despendidos e adequando a pertinência dos objetivos estabelecidos com as necessidades identificadas.

Os objetivos elaborados para este estágio foram de encontro a um desejo, a uma vontade muito própria, a de, aprofundar conhecimentos na área da reeducação funcional respiratória - como ajudar a pessoa/família com patologia respiratória crónica no serviço de urgência, acreditando que com a minha intervenção, estarei com certeza a contribuir para um processo mais célere da reabilitação da pessoa/família, promovendo a sua autonomia, a sua qualidade de vida e preparando o seu regresso para junto da família, amigos, trabalho, convívio social, e em simultâneo, contribuir para uma melhor gestão dos dias de internamento e dos gastos em saúde pela Instituição.

Foram elaborados objetivos e definidas as estratégias de atuação que se pretendem desenvolver para dar resposta aos referidos objetivos, bem como os critérios de avaliação para as referidas atividades. Por fim será apresentado o tempo previsto para a realização destas atividades.

A prática diária do enfermeiro especialista em reabilitação é essencial ser reportada e registada, e nestes registos devem constar as intervenções executadas, o seu objetivo e a avaliação das mesmas. Assim, o enfermeiro deverá sempre que possível quantificar o seu desempenho, para que a sua prática tenha resultados visíveis e quantificáveis, para que deste modo, a sua atuação tenha um reconhecimento progressivo no seio da equipa multidisciplinar.

Para que a eficácia das nossas intervenções sejam quantificadas, ao longo deste estágio pretendo:

- Avaliar hemodinamicamente o utente antes, durante e após as intervenções;
- Avaliar a função respiratória, motora e neurológica do utente;
- Observar os exames complementares de diagnóstico, relacionando os mesmos com a patologia do utente;
- Aplicar e interpretar escalas:
 - Escala de Berg;
 - Escalas da Dor;
 - Índice de Barthel;
 - Escala de Lower;
 - Medida de Independência Funcional (MIF);
 - Escala de Glasgow;
 - Elaboração do processo de enfermagem de reabilitação individualizado para cada utente;
- Relatório final.

4.6.5 – Cronograma de Atividades

O cronograma é um instrumento de planeamento e controlo onde são definidas e detalhadas as atividades a serem executadas durante um estimado período.

Com vista a uma melhor compreensão e desenvolvimento das atividades planeadas, foi elaborado um cronograma (Tabela nº 2). As intervenções serão delineadas em cumprimento com o cronograma previamente estabelecido, podendo haver alterações das atividades previstas nesse período.

O presente projeto tem como horizonte temporal o ano letivo de 2015/2016 e desenvolver-se-á em quatro etapas distintas, conforme cronograma apresentado:

MÊS ATIVIDADES	MAIO-JUNHO 2015	SETEMBRO-JANEIRO 2015 / 2016					FEVEREIRO 2016
1ª ETAPA: ELABORAÇÃO, APRESENTAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO PROJETO							
2ª ETAPA: IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO/ESTÁGIO							
3ª ETAPA: AVALIAÇÃO DO PROJETO IMPLEMENTADO							
4ª ETAPA: ELABORAÇÃO DO RELATÓRIO DE ESTÁGIO							

Tabela nº 2 – Cronograma de Atividades

5 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

No presente capítulo pretendo analisar e discutir os resultados, interpretando-os à luz da fundamentação teórica, visando dar resposta à metodologia formulada. Serão apresentados os resultados obtidos, com a aplicação do instrumento de colheita de dados, optando-se por iniciar esta descrição pelos dados que caracterizam a amostra em estudo de modo a facilitar a compreensão dos restantes resultados.

Para melhor compreender qual o contributo dos enfermeiros de reabilitação no tratamento e ganhos na evolução da doença, bem como o retorno a casa, das pessoas internadas no SO, no serviço de urgência, entendi como útil analisar casos concretos, para tal escolhi aleatoriamente um dos casos.

A metodologia de estudo de caso permite-nos uma melhor compreensão mais alargada do fenómeno em estudo, para a seleção do caso optei por escolher aleatoriamente um dos 4 instrumentos preenchidos para a presente investigação.

O caso é apresentado como **Caso Clínico I**, para garantir a confidencialidade optei por designar o participante por siglas e não fazer referência à data precisa do seu internamento. Serão apresentados tendo em conta o motivo de internamento; antecedentes pessoais; terapêutica medicamentosa instituída; observação na entrada do serviço; diagnósticos de enfermagem efetuados; intervenções de enfermagem durante o internamento, com particular atenção nas planeadas pelo enfermeiro de reabilitação; os resultados e o estado do doente no momento da alta. Finalmente será feita a análise conjunta, e discussão do caso apresentado.

Caso Clínico I - DPOC tabágica agudizada, pneumonia da base direita e insuficiência respiratória parcial

Identificação:

Nome: J.P.C.

Gosta de ser chamado por: José

Sexo: Masculino

Idade: 68 anos

Raça: Caucasiana

Estado civil: Viúvo

Grau de instrução: Antiga 4ª classe

Profissão: Reformado (eletricista)

Pessoa mais próxima: Irmã

Outras pessoas significativas: Desconhece-se

Situação sócio/económica: Doente a viver num lar, com isolamento social notório e baixa situação económica

Aspetos culturais: Sem dados que pudessem defini-los.

Instituição de vigilância de saúde: Desconhece-se

Data de admissão: 22/11/2015

Motivo do internamento: DPOC tabágica agudizada, pneumonia da base direita e insuficiência respiratória parcial

Antecedentes pessoais:

Doenças: HTA, DPOC tabágica e hipoacusia bilateral

Medicação: Formoterol Farmo – 2xdia; Spiriva inalador – 1xdia; Captopril - ½ comp.dia; Lorazepan 2,5 mg – 1 comp. Dia; Tercian – 1 comp. Dia e Omeprazole – 1 comp. dia

Alergias: Nega alergias

Internamentos anteriores: Múltiplos internamentos no HESE-EPE, no Serviço de Pneumologia – Medicina 3, sendo o último de 10 de Fevereiro a 1 de Março de 2015, por agudizações da doença de base (DPOC).

História pregressa:

Fumador há 50 anos (não especificando quantos cigarros fumava), atualmente fuma 20 cigarros/dia, com DPOC Tabágica diagnosticada, referenciado na consulta de Pneumologia, com múltiplos internamentos no HESE-EPE, por quadros de agudização da doença respiratória, HTA e hipoacusia bilateral.

História da doença atual:

Em 22/11/2015 recorre ao serviço de urgência, do HESE-EPE por quadro de dispneia, com agravamento progressivo desde há 10 dias, com tosse produtiva que se faz de expectoração purulenta e febre.

À entrada no serviço de urgência encontrava-se vigil, orientado, com os seguintes parâmetros vitais: TA= 160/110mmHg;P=99 p/min.; SpO2 (sem fonte de oxigénio) = 89%; polipneico (não especificado o número de ciclos respiratórios/minuto, nem as características respiratórias) e apirético. Apresentava ainda à auscultação diminuição global do murmúrio vesicular, com fervores subcrepitantes na base direita e crepitantes na base esquerda. Radiologicamente apresentava hipotransparência da base do pulmão direito. Analiticamente apresentava uma leucocitose de 16900 com PCR = 3,8. A gasometria apresentava um PH =

7,48; PaO₂ = 54,2; PaCO₂ = 32,4 e HC03 = 25,6. Foi medicado com antibioterapia sistémica, inaladores, anticoagulantes de baixo peso molecular, anti-agregantes plaquetários, protetor gástrico e ansiolítico.

Por o doente se manter instável e atendendo aos antecedentes do mesmo é transferido para o SO, do serviço de urgência no dia 22/11/2015, já com valores gasométricos mais estáveis (PaO₂ = 67,6; PCO₂ = 34,3; HC03 = 23,8) e do ponto vista respiratório “sem dispneia”.

Fica internado no SO, com o diagnóstico provisório de DPOC tabágica agudizada, pneumonia da base direita e insuficiência respiratória parcial, com aporte de oxigénio por óculos nasais a 1 litro por minuto, que veio a confirmar-se, o diagnóstico médico de admissão no serviço foi de pneumonia.

Terapêutica medicamentosa:

Durante o internamento foram prescritos e administrados fármacos mucolíticos, fluidificantes de secreções, aerossóis; anticoagulantes; antidiabéticos; digitálicos; corticoides; antibióticos, analgésicos e fluidoterapia.

Observação à entrada no serviço:

Doente emagrecido, refere dor à mobilização articular, deglute sem disfagia. Apresenta dispneia, respiração ruidosa, à auscultação pulmonar apresenta fervores mais audíveis à direita, ruídos respiratórios apenas audíveis no lóbulo superior do pulmão esquerdo, saturação periférica de O₂ 89%; temperatura axilar de 36,8°C; TA: 140/80 mmHg.

Diagnósticos de Enfermagem:

Autocuidado: Higiene, Dependência, em grau elevado; Autocuidado: Vestuário, Dependência, em grau elevado; Autocuidado: Comer, Dependência, em grau elevado; Autocuidado: Ir ao Sanitário, Dependência, em grau elevado; Autocuidado: Expetorar Ineficaz em grau elevado.

A intervenção do enfermeiro de reabilitação centrou-se particularmente nos diagnósticos expetorar e dor articular.

Intervenções de Enfermagem:

No respeitante às intervenções de enfermagem, centrar-me-ei apenas nas prescritas pelo enfermeiro de reabilitação.





















Para o diagnóstico: dor articular foi prescrito e executado pelo enfermeiro de reabilitação, gestão de analgesia, administrado analgésico 15 minutos antes do início da mobilização, exercício de amplitude de movimento passivo polissegmentar, estes exercícios



















são executados até amplitude de movimento e limiar de dor que o doente tolerar, foram executados 3 vezes por dia, em sessões de 10 minutos cada.






















Para o diagnóstico: expetorar ineficaz, foram prescritos e executados, a gestão de aerossóis, estes eram administrados nos momentos que antecediam a cinesiterapia respiratória ou aspiração de secreções; exercícios de abertura costal global, para melhorar a expansão torácica e facilitar o processo de respiração, exercícios de abertura costal unilateral, com especial incidência no hemitórax esquerdo para permitir maior amplitude deste pulmão; drenagens modificadas através do posicionamento para facilitar a drenagem de secreções, criamos restrição à expansão pulmonar direita, forçando a entrada de ar no pulmão esquerdo o que leva à mobilização de secreções e facilita a sua libertação, este procedimento é executado por todos os membros da equipa de enfermagem ao longo das 24 horas. Foram ainda executados exercícios de correção postural, de forma a evita a inclinação lateral esquerda do tórax que criava restrições à expansão pulmonar.























Para além dos exercícios anteriormente referidos a doente fazia levantar para cadeirão diariamente, o que entre outros, contribui para melhorar a respiração e facilitar a eliminação de secreções.
















PLANO DE CUIDADOS

DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO ESPERADO OBJETIVO	INTREVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
23/11/2015	 Cansaço fácil a pequenos esforços;	<p> Obter a participação do doente no seu processo de doença;</p> <p> Aumentar a expansão pulmonar torácica e a mobilidade toraco-pulmonar e diafragmática.</p>	<p> Informar sobre todos os procedimentos que vão ser efetuados, pedindo a colaboração do doente dentro das suas possibilidades e valorizando as suas queixas;</p> <p> Avaliar sinais vitais, incluindo oximetria periférica;</p> <p> Visualizar radiografias de tórax (a mais recente, fazendo comparações com as anteriores);</p> <p> Realizar a auscultação dos campos pulmonares;</p> <p> Posicionar o doente em decúbito dorsal, em posição de descanso e relaxamento, com cabeceira elevada a 40°, mantendo o aporte de oxigénio;</p> <p> Elaborar um programa de RFR personalizado tendo em conta a patologia do doente e a sua tolerância ao esforço;</p> <p> Dar Início ao programa de RFR elaborado, com consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios;</p> <p> Reeducação abdomino-diafragmática, com discreta resistência manual, dando ênfase à expiração;</p> <p> Posicionar o doente em semi-dorsal esquerdo e realizar reeducação costal seletiva da porção anterior, parte superior e inferior do campo pulmonar direito;</p> <p> Manter o doente posicionado em decúbito lateral esquerdo e realizar exercícios de reeducação costal seletiva com abertura costal, mobilização da cintura escapular e também reeducação diafragmática da hemicúpula esquerda;</p> <p> Realizar os mesmos exercícios com o doente posicionado em semi dorsal e lateral direito, fazendo igualmente abertura costal seletiva e a reeducação diafragmática da hemicúpula direita;</p> <p> Realizar manobras acessórias de compressões, percussões e vibrações, em ambos os campos pulmonares;</p> <p> Realizar abertura costal global, com baton, para terminar a sessão de RFR;</p>	<p> Pouco controlo respiratório, com padrão irregular do tipo abdominal, superficial e polipneico (32 ciclos/minuto), recorrendo com frequência aos músculos acessórios, especialmente os intercostais. Restantes valores vitais com os seguintes valores: T.A.=129/64mmHg, SatO2 = 94% (com O2 a 1l/min.) e P. =70 p/min, a nível radial, rítmico e cheio</p> <p> A radiografia do dia 22/11/2015 apresentava hipo-transparência da base do pulmão direito;</p> <p> À auscultação pulmonar mantém diminuição global do murmúrio vesicular, mais acentuado à direita. Audíveis ronos dispersos, mas que aumentam na inspiração;</p> <p> Realizou os exercícios ensinados, mas com uma dificuldade cognitiva e também cansaço a pequenos esforços, apesar de o doente nunca o manifestar;</p>

DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO ESPERADO OBJETIVO	INTREVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
23/11/2015	 Tosse com secreções purulentas de cor amarelada;	 Prevenir complicações bronco pulmonares e circulatórias;	<ul style="list-style-type: none">  Incentivar/ensinar o doente a expelir as secreções;  Reforçar a ingestão hídrica, estabelecendo com o doente metas a atingir, incentivando assim a ingestão hídrica (2 litros de água /dia);  Incentivar e realizar ensinamentos sobre os exercícios que o doente pode fazer ao longo do dia (incentivar as mobilizações explicando a importância das mesmas na sua recuperação precoce)  Realizar novamente auscultação dos campos pulmonares, registando as alterações ouvidas, assim como avaliar os sinais vitais;  Validar todos os ensinamentos com o doente;  Programar novos exercícios para o dia seguinte, para dar continuidade ao programa da RFR., tendo em conta a localização da hipotransparência do campo pulmonar (base do pulmão direito, lobo inferior).  Estimular o doente a dar continuidade aos exercícios ensinados no turno da tarde; 	<ul style="list-style-type: none">  Expeliu expectoração purulenta, em pouca quantidade;  Apresenta tosse ineficaz, apesar dos ensinamentos realizados. Foi estimulado;  Ingeriu em cerca de 1h e 30 min. 500ml de água;  No final da sessão, sinais vitais sem alterações relativamente ao início, exceto a frequência respiratória que se apresentava com 26 ciclos respiratórios/minuto;  Proposto a continuação dos exercícios ao longo da tarde.
23/11/2015	 Hipoacusia bilateral acentuada.	 Obter a participação do doente no uso correto da prótese auditiva.	<ul style="list-style-type: none">  Estimular o doente a usar a prótese auditiva. 	<ul style="list-style-type: none">  Durante a sessão usou prótese auditiva.

DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO ESPERADO OBJETIVO	INTREVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AValiação
24/11/2015	 Cansaço fácil a pequenos esforços;	<p> Manter e/ou obter a participação ativa do doente no tratamento do seu processo de doença;</p> <p> Melhorar a distribuição e ventilação alveolar;</p> <p> Aumentar a expansão pulmonar torácica e a mobilidade toraco-pulmonar e diafragmática.</p>	<p> Consciencialização da importância do cumprimento de um programa de RFR;</p> <p> Dar continuidade ao programa de RFR iniciado no dia anterior, reforçando-o;</p> <p> Incentivar a auto realização de exercícios respiratórios;</p> <p> Avaliar sinais vitais, incluindo oximetria periférica;</p> <p> Visualizar radiografias de tórax (a mais recente, fazendo comparações com as anteriores);</p> <p> Realizar a auscultação dos campos pulmonares;</p> <p> Posicionar o doente em decúbito dorsal, em posição de descanso e relaxamento, em drenagem postural modificada, porque o doente não tolera a drenagem clássica devido à dispneia;</p> <p> Dar continuidade ao programa de RFR com consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios;</p> <p> Dar continuidade ao programa de drenagem postural;</p> <p> Dar continuidade à reeducação abdomino-diafragmática, dando ênfase à expiração, sem resistência manual, com o doente em decúbito dorsal;</p> <p> Dar continuidade à reeducação costal seletiva da porção anterior, parte superior e inferior do campo pulmonar direito, com o doente posicionado em semi dorsal esquerdo;</p> <p> Dar continuidade aos exercícios de abertura costal seletiva do hemitórax direito, com mobilização da cintura escapulo-umeral direita e reeducação diafragmática da hemicúpula esquerda, com o doente posicionado em lateral esquerdo;</p> <p> Dar continuidade aos mesmos exercícios com o doente posicionado em semi dorsal e lateral direito, fazendo igualmente abertura costal seletiva e a reeducação diafragmática da hemicúpula direita;</p>	<p> Mantendo pouco controlo respiratório polipneico a pequenos esforços, mantendo um padrão irregular do tipo costal, de amplitude diminuída, superficial (28 ciclos/minuto), recorrendo com frequência aos músculos acessórios, especialmente os intercostais, tendo sido corrigido. Restantes valores vitais com os seguintes valores: T.A.=122/68mmHg, SatO2 = 94% (com O2 a 1l/min.) e P=82 p/min, a nível radial, rítmico e cheio, temperatura timpânica de 34,6°;</p> <p> Sem nova radiografia de tórax, pelo que apenas podíamos seguir a visualização da do dia 22/11/2015 que apresentava hipo-transparência da base do pulmão direito;</p> <p> À auscultação pulmonar mantém diminuição global do murmúrio vesicular, com discretos ferveores subcrepitantes na fase inspiratória mais audíveis na base do campo pulmonar direito;</p> <p> Realizou todos os exercícios ensinados no dia anterior, com maior tolerância ao esforço e também mais recetivo;</p>

DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO ESPERADO OBJETIVO	INTREVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
24/11/2015	<p> Tosse com secreções purulentas de cor amarelada;</p> <p> Limitação articular por imobilidade devido ao cansaço fácil para pequenos esforços.</p>	<p> Prevenir complicações bronco pulmonares, posturais e circulatórias;</p> <p> Reduzir a tensão muscular e limitação articular através do treino dos movimentos</p>	<p> Manter a realização das manobras acessórias de compressões, percussões e vibrações, em ambos os campos pulmonares;</p> <p> Ensinar exercícios de tosse assistida e dirigida;</p> <p> Incentivar/ensinar o doente a expelir as secreções;</p> <p> Terminar a sessão com a abertura costal global, com baton;</p> <p> Ensinar a usar o <i>flutter</i>;</p> <p> Realizar novamente auscultação dos campos pulmonares, registando as alterações ouvidas, assim como avaliar os sinais vitais;</p> <p> Estimular o doente a dar continuidade aos exercícios ensinados no turno da tarde especialmente o uso do <i>flutter</i>;</p> <p> Dar continuidade ao ensino/reforço da importância da ingestão hídrica, com o aumento progressivo da quantidade ingerida/dia;</p> <p> Validar todos os ensinamentos com o doente;</p> <p> Programar novos exercícios para o dia seguinte, para dar continuidade ao programa da RFR., tendo em conta a localização da hipotransparência do campo pulmonar (base do pulmão direito, lobo inferior);</p> <p> Iniciar exercícios de mobilização ativos-assistidos a nível dos membros superiores e inferiores;</p> <p> Incentivar o levantar e deambulação, com pequenas caminhadas, pela enfermaria/serviço, de forma progressiva;</p> <p> Validar todos os ensinamentos com o doente;</p> <p> Programar novos exercícios para o dia seguinte, para dar continuidade ao programa de reabilitação motora e fortalecimento muscular.</p>	<p> Realizou exercícios de tosse assistida e dirigida, apresentando alguma dificuldade, não o fazendo de forma eficaz, especialmente nos exercícios da tosse dirigida, onde não conseguiu sincronizar os tempos respiratórios. No entanto apresentou acessos de tosse produtiva, com saída de expectoração, que no início era mucopurulenta e posteriormente esbranquiçada espessa, recorrendo com frequência aos músculos acessórios. Foi corrigido;</p> <p> Usou o <i>flutter</i>, tendo conseguido utilizá-lo com eficácia na mobilização das secreções na orofaringe;</p> <p> Realizaram-se exercícios de mobilização ativos-assistidos, a nível da elevação da cintura escapulo-umeral, flexão e extensão dos membros superiores, com abdução e adução, flexão e extensão da articulação do cotovelo, registando-se limitação no movimento, sem dor;</p> <p> No final da sessão ficou sentado no cadeirão, onde recebeu a visita da irmã, tendo sido incentivado a realizar uma pequena caminhada, até ao refeitório, que cumpriu.</p>

DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO ESPERADO OBJETIVO	INTREVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
25/11/2015	 Cansaço fácil a pequenos esforços;	<p> Manter a participação ativa do doente no tratamento do seu processo de doença;</p> <p> Melhorar a distribuição e ventilação alveolar;</p> <p> Aumentar a expansão pulmonar torácica e a mobilidade toraco-pulmonar e diafragmática.</p>	<p> Dar continuidade à consciencialização da importância do cumprimento de um programa de RFR;</p> <p> Dar continuidade ao programa de RFR dos dias anteriores, reforçando-os;</p> <p> Manter a auto realização de exercícios respiratórios;</p> <p> Avaliar sinais vitais, incluindo oximetria periférica;</p> <p> Visualizar radiografias de tórax (a mais recente, fazendo comparações com as anteriores);</p> <p> Realizar a auscultação dos campos pulmonares;</p> <p> Posicionar o doente em decúbito dorsal, em posição de descanso e relaxamento, em drenagem postural modificada, porque o doente não tolera a drenagem clássica devido à dispneia;</p> <p> Dar continuidade ao programa de RFR com consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios;</p>	<p> Mantém pouco controlo respiratório polipneico a pequenos esforços, com um padrão irregular do tipo costal, de amplitude diminuída, superficial (32 ciclos/minuto), recorrendo com frequência aos músculos acessórios, especialmente os intercostais, tendo sido corrigido. Sinais vitais: T.A.=129/64mmHg, SatO2 = 94% (com O2 a 1l/min.) e P. =70 p/min, a nível radial, rítmico e cheio, temperatura timpânica de 34,6°C;</p> <p> Sem nova radiografia de tórax, pelo que apenas se podia seguir a do dia 22/11/2015 que apresentava hipo-transparência da base do pulmão direito;</p> <p> À auscultação pulmonar mantém diminuição global do murmúrio vesicular de ambos os campos pulmonares, com fervores subcrepitantes na fase inspiratória, mais audíveis no lobo superior esquerdo, segmento apical antero-posterior e língula, assim como sibilos na base à esquerda. Discreta cianose peri-labial, com fácies congestionado. Dispneia de grau IV, foi colocado o doente em posição de relaxamento, em fowler, para controlo da Frequência Respiratória.</p>









DATA	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	RESULTADO ESPERADO OBJETIVO	INTREVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AVALIAÇÃO
25/11/2015	<p> Tosse com secreções purulentas de cor amarelada;</p> <p> Limitação articular por imobilidade devido ao cansaço fácil para pequenos esforços.</p>	<p> Prevenir complicações bronco pulmonares, e circulatórias;</p> <p> Reduzir a tensão muscular e limitação articular através do treino dos movimentos.</p>	<p> Dar continuidade ao programa de drenagem postural modificada e de reabilitação motora, iniciados anteriormente, tendo em conta a prevenção de complicações respiratórias e de mobilidade.</p> <p> Dar continuidade ao programa de drenagem postural modificada e de reabilitação motora, iniciados anteriormente, tendo em conta a prevenção de complicações respiratórias e de mobilidade.</p>	<p>Após alguns minutos, doente menos dispneico (26/28 ciclos/min), mas mantinha as características respiratórias anteriormente referenciadas. Referiu menos cansaço, pelo que se reiniciou a consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios. Tentou-se dar continuidade aos restantes exercícios mas o doente não tolerou, por cansaço e aumento da frequência respiratória, com uso frequente dos músculos respiratórios acessórios, pelo que se optou pela drenagem modificada apenas com alternância de posicionamentos vigiados. Expeliu secreções mucopurulentas e mucosas esbranquiçadas em moderada quantidade.</p> <p> Foi incentivado a descansar, no leito, tentando manter a consciencialização e dissociação dos tempos respiratórios.</p> <p> Proposto a continuação dos exercícios de auto mobilização e tosse dirigida, ensinados nos dias anteriores, assim como a ingestão hídrica e o uso do flutter, no turno da tarde, se sentisse melhor.</p>

Tabela nº 3 – Plano de Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Passo agora, à descrição do conteúdo do plano de cuidados de reabilitação criado e aos resultados obtidos com o objetivo de analisar a efetividade das intervenções realizadas.

Aos 4 utentes do estudo, com patologia respiratória crónica, com alterações da função respiratória, foram implementadas as intervenções de enfermagem de reabilitação: ensinamentos de reeducação respiratória, manobras acessórias respiratórias, drenagem postural, exercícios de tosse, exercícios de amplitude respiratória utentes, exercícios de correção postural.

Assim, foi realizada uma avaliação e registo dos sinais vitais (Tensão Arterial, Frequência Cardíaca, Saturação Periférica de Oxigénio, Temperatura), antes durante e após cada sessão de RFR. Foi a (SpO₂), o parâmetro que serviu como ferramenta de avaliação da efetividade das intervenções realizadas. Também foi realizado o exame objetivo da função respiratória, tal como as características da respiração, tosse, expectoração e auscultação pulmonar, antes e após RFR.

De forma geral, as intervenções de reabilitação foram eficazes, com ganhos na capacidade respiratória dos utentes, verificando-se a saturação de O₂ em média de 96%, o que revela uma boa capacidade ventilatória, permitindo atividades de vida normais.

Todos os utentes foram avaliados de forma global através do índice de Barthel, ferramenta esta que permite avaliar a capacidade funcional do indivíduo para a realização de atividades de vida essenciais. Esta avaliação foi efetuada no momento da avaliação inicial, sempre que fosse identificada uma evolução significativa e no momento do termo das intervenções de enfermagem de reabilitação.

Há que ter presente a tipologia de utentes atendidos no serviço onde decorreu a recolha de informação, uma população envelhecida e grande parte já com limitações físicas ou cognitivas instaladas. Todos os utentes manifestaram manutenção ou evolução das suas capacidades globais, independentemente do grau que apresentaram e das capacidades demonstradas, refletindo também com esta monitorização ganhos com as intervenções realizadas.

De forma geral, as intervenções realizadas tiveram um reflexo positivo nos utentes. Foi possível a manutenção e potenciação das capacidades, pois em utentes com uma média de idades elevada e já com limitações físicas e/ou cognitivas marcadas, o facto de aumentarem as suas capacidades de mobilidade traduz ganhos em saúde, independência e melhoria da qualidade de vida.

No momento da alta que ocorreu 4 dias após a admissão no SO, no serviço de urgência, a Sr. J.P.C. mantinha os mesmos diagnósticos da admissão à exceção do diagnóstico de expectorar ineficaz que passou para o nível reduzido, não tinha dor à mobilização articular embora mantivesse alguma restrição na amplitude de movimentos.

Momento da alta:

A Sr. J.P.C. regressou para o lar, apresentava-se eupneico, murmúrio vesicular audível em ambos os campos pulmonares, saturação periférica de O₂ 98%; temperatura axilar de 36,8°C; TA: 138/78 mmHg; com indicação para continuar cinesiterapia respiratória.

A aplicação do programa de reabilitação instituído, aos 4 doentes, permite-me constatar que a hospitalização promove alterações no estado de saúde destes indivíduos, no momento da admissão há alterações negativas significativas, relativamente ao momento que antecede o evento que levou à hospitalização, no momento da alta há alterações positivas relativamente à admissão.

Analisando atentamente a média de idade da amostra é de 78,0 anos, o que significa estarmos na presença de indivíduos com elevada probabilidade de serem portadores de doença crónica e elevados níveis de incapacidade, para Clark & Murray (2001) mais de 60% dos adultos comprometidos funcionalmente através de doença crónica têm 65 anos ou mais. Segundo Radwanski & Hoeman (2000) três quartos das pessoas com mais de 75 anos têm pelo menos uma limitação na sua capacidade de desempenhar as atividades de vida diária.

Segundo Clark & Murray (2001) o processo de envelhecimento normal envolve um declínio insidioso e gradual das capacidades orgânicas, tem como características a diminuição da capacidade do sistema orgânico, diminuição do controlo homeostático, diminuição da capacidade de adaptação a diferentes ambientes e diminuição da capacidade de responder ao *stress*; este declínio resulta num aumento de vulnerabilidade a doenças e acidentes, pessoas de mais idade têm permanências mais frequentes e mais prolongadas nos hospitais. Estas características da amostra, ajuda a perceber alguns dos resultados obtidos neste estudo.

Nos casos estudados a preocupação com a mobilidade foi transversal, os exercícios de RFM são frequentemente utilizados pelos enfermeiros de reabilitação para melhorar a mobilidade ou prevenir os efeitos deletérios da imobilidade segundo Kisner & Colby (2005) este tipo de exercícios está indicado para os doentes que não são capazes de movimentar ativamente o segmento articular, vai diminuir a degeneração da cartilagem, aderências e formação de contratura, auxilia a circulação sanguínea, favorece o movimento sinovial para nutrição da cartilagem, diminui a dor e ajuda o doente a manter a perceção de movimento. Os exercícios de RFM estão indicados para os doentes que não são capazes de movimentar ativamente o segmento articular, vai diminuir a degeneração da cartilagem, aderências e formação de contratura, auxilia a circulação sanguínea, favorece o movimento sinovial para nutrição da cartilagem, mantêm a elasticidade e contratilidade muscular, proporcionam a manutenção da integridade óssea e articular, previne a formação de

trombos e desenvolvem a coordenação das habilidades motoras, Clark & Murray (2001) recomendam, o mínimo de 2 sessões diárias, com este tipo de exercícios.

Hoogerduijn et al. (2006) demonstram que pessoas idosas em contexto de internamento hospitalar desenvolvem novas dependências para AVD, realça a necessidade de utilizar preditores de incapacidade para AVD, estado funcional prévio, declínio cognitivo, tempo de permanência hospitalar, o risco de declínio é maior em doentes mais velhos, a média de idades da amostra é de 78,0 anos de idade.

Verifica-se que autocuidado está presente nos quatro casos, este conceito é entendido não só nas competências instrumentais, encerra as noções de autonomia e independência, estas são complementares, Vieira (2004) concebe autonomia na esfera da capacidade de decisão, definindo-a como a capacidade do indivíduo em manter o seu poder de decisão. Mas também como capacidade de comando e como faculdade de se governar a si próprio. A independência reporta-se à capacidade funcional da pessoa na realização de tarefas que fazem parte do quotidiano de vida e lhe asseguram a possibilidade de viver sozinho em contexto domiciliário.

Nos casos estudados a preocupação em não manter os doentes durante longos períodos no leito é evidente, Halar & Bell (2001) entendem que a permanência por longos períodos no leito pode causar limitações funcionais importantes, ao nível articular, muscular, cardiovascular e geniturinário, entre outros. Constatei que a equipa utiliza o posicionamento como uma medida terapêutica, no caso de doentes com imobilidade prolongada no leito e espasticidade, Clark & Murray, (2001) recomendam a utilização do posicionamento no leito como uma forma de estiramento.

Analisando a existência de diferença na dispneia entre a admissão e a alta, verifica-se haver diferença significativa entre os 2 momentos no entanto parece haver ganhos globais. Akinci & Olgun (2011) verificaram uma redução significativa da sensação de dispneia nos utentes sujeitos à intervenção de um programa de reabilitação levado a cabo por enfermeiros; McKeough, Bye, & Alison (2012) e Ryrie et al. (2011) observaram o mesmo resultado nos seus grupos de intervenção.

Nos casos estudados, a cinesiterapia respiratória ou reabilitação funcional respiratória traz a evidência e a efetividade das intervenções dos enfermeiros de reabilitação, as estratégias utilizadas têm suporte na literatura da especialidade, para Larson et al. (2000) os doentes com envolvimento pulmonar unilateral têm níveis de oxigenação arterial mais elevados quando o seu posicionamento é alternado entre o semi-fowler e o decúbito lateral para o lado não afetado, a posição ereta beneficia as bases dos pulmões.

No estudo de caso, houve envolvimento do cuidador informal, o envolvimento dos cuidadores nos processos de cuidar vão garantir a continuidade dos cuidados, esta garantia

é fundamental para o doente, família/comunidade, uma vez que se preconiza um investimento efetivo na capacitação da pessoa, num momento cada vez mais inicial do internamento hospitalar, pois atualmente as políticas de saúde estão direcionadas para a transferência de cuidados de saúde para a comunidade, privilegiando a inserção da pessoa doente no ambiente familiar o mais cedo possível, tornando-se um desafio acrescido (Cardoso et al., 2012).

Na análise do caso que apresento, a ênfase esteve na enfermagem e particularmente na enfermagem de reabilitação, no entanto a minha experiência remete-me para uma procura de prática de cuidados em parceria entre cuidadores e as equipas de saúde, quando fomentada garante melhor apoio no período de internamento, mas também após, já no contexto domiciliário, proporcionando uma boa gestão de recursos e garantindo o sucesso no regresso a casa.

Em todos os utentes foi possível avaliar, através de escalas, a evolução do seu estado de saúde relativa a um diagnóstico específico de enfermagem de reabilitação.

Como se pode verificar através dos resultados da aplicação dos programas de reabilitação implementados para a amostra em estudo, houve uma melhoria significativa ao nível das capacidades de autocuidado e independência funcional no momento da alta, permitindo uma introdução da pessoa no sistema familiar e o reajuste e retorno das funções e tarefas diárias, assim como uma diminuição do risco de complicações, o que introduz no enfermeiro de reabilitação uma grande responsabilidade na vida das pessoas, durante o encontro e acompanhamento das suas situações, tornando-o num importante recurso para os serviços de saúde e comunidade, assim como para a promoção da melhoria da qualidade de vida.

De referir ainda que os programas de reabilitação, contribuíram para a melhoria dos resultados em saúde, nomeadamente ao nível da redução dos dias de internamento hospitalar e consequentemente redução de custos.

Pode-se assim comprovar que o papel do enfermeiro de reabilitação é imprescindível, uma vez que se trata de áreas onde a dependência e autonomia da pessoa está em causa, sendo preponderante na dinâmica de um serviço de saúde, pois permite preparar a pessoa para uma melhor vivência, tendo em conta as suas capacidades individuais, uma alta mais rápida e com maior nível de independência, promovendo uma gestão e uma prática de cuidados de enfermagem que possibilitam fazer face à incapacidade das pessoas, às diferenças funcionais, impeditivas de um desempenho eficiente e ajustado, contribuindo ao mesmo tempo que para um sistema de saúde mais eficaz e humano.

Por outro lado, o fraco desempenho dos sistemas face a uma realidade diferente, em que estas pessoas se encontram, leva a que o enfermeiro especialista de reabilitação seja

um agente de mudança, onde é responsável por incentivar uma vida modificada pela adversidade, contribuindo para a pessoa com deficiência/incapacidade, um caminho com sentido, onde existam condições aceitáveis que possibilitem diminuir os obstáculos, as incapacidades e as desvantagens, tornando-se esse caminho mais fácil para quem o terá que percorrer e contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida.

Esta filosofia de reabilitação é um processo que não se deve esgotar apenas no enfermeiro especialista de reabilitação, mas prolongar-se por toda a equipa de enfermagem, devendo ser incentivada pelas instituições e sociedade.

De salientar ainda, que aos enfermeiros especialistas de reabilitação cabe a responsabilidade de garantir a qualidade dos cuidados que são prestados no serviço, devendo alertar e motivar a equipa para uma prática de enfermagem de qualidade, atendendo às necessidades do doente/família, conduzindo-o à satisfação com a qualidade de cuidados de enfermagem recebidos, pelo que deve ser preocupação quer das chefias, mas também da tutela e das administrações das unidades de saúde, prestar mais atenção a esta área e garantir o direito aos doentes de acederem a cuidados de enfermagem de reabilitação, sempre que necessário.

De forma geral fica demonstrada a possibilidade de monitorizar objetivamente as intervenções de enfermagem de reabilitação, o que permite de forma sistemática avaliar a efetividade das intervenções especializadas implementadas e otimizá-las em tempo útil.

É possível criar padrões de qualidade a partir de metodologias semelhantes a esta pois os cuidados de enfermagem devem ser cada vez mais virados para dinâmicas e áreas cientificamente visíveis aos olhos das comunidades e daqueles que detêm o poder de decisão.

Os suportes de registo da prática desenvolvida foram o fator preponderante para os resultados obtidos, pois permitem que as intervenções sejam realizadas por mais do que um profissional de forma isolada, permitindo o seguimento do que já estava planeado, ajustando e permitindo a otimização das estratégias de forma estruturada e, em tempo útil, permitem também uma análise diária da evolução do utente. Com certeza, podem e devem ser constantemente, ajustadas à prática, tanto no seu conteúdo teórico como prático, produzindo informação cada vez mais atualizada da prática baseada na evidência.

Penso que esta estratégia será com certeza uma mais-valia para a demonstração dos cuidados que os enfermeiros de reabilitação prestam, dando visibilidade aos mesmos, junto da sociedade, incutindo também junto dos profissionais uma maior responsabilização e motivação para evoluir pessoal e profissionalmente.

Há que relembrar que só com demonstração prática da mais-valia da enfermagem de reabilitação junto das administrações hospitalares, será possível implementar de forma cimentada estes profissionais, e só com a evidência da prática será possível.

Quanto às dificuldades sentidas foram várias: a não existência de enfermeiros de reabilitação com dinâmicas implementadas, servindo como modelo e apoio, a dificuldade em implementar a figura do enfermeiro de reabilitação no serviço.

Infelizmente no presente, a enfermagem de reabilitação ainda se mantém tímida no desempenhar as suas tão válidas funções, que por diversos fatores, principalmente devido a dinâmicas institucionais atuais, que no meu entender devem ser repensadas, também na área da enfermagem generalista, libertando estes profissionais de algumas tarefas, permitindo que direcionem a sua atenção para uma atuação de funções diferenciadas e válidas para o reconhecimento da profissão.

O trabalho prático realizado pode ser com certeza otimizado, pois pretende ser o ponto de partida para que outros profissionais se possam aperceber de novas práticas, baseadas na evidência, otimizando os cuidados prestados e produzindo informação científica a vários níveis.

As limitações desta minha investigação prendem-se com o tamanho reduzido da amostra, bem como as dimensões em análise, referentes à atividade do enfermeiro de reabilitação.

CONCLUSÃO

Com o rápido progresso no mundo dos “conhecimentos”, os saberes agora adquiridos, amanhã tornar-se-ão arcaicos. O aperfeiçoamento do saber, visa a melhoria dos cuidados, aptidões e capacidades como um propósito capaz de modificar o ser humanos, contribuindo para uma autorrealização.

Ser enfermeiro exige um elevado nível de competências, assumindo a responsabilidade que lhe é inerente e tendo sempre em vista “excelência” dos cuidados a prestar.

Desenvolver o saber e a capacidade de inferência, inscreve-se num processo, que permite aos enfermeiros aumentar as suas competências pessoais na prestação de cuidados. (Hesbeen, 2000).

No entanto, para que isto aconteça, torna-se primordial analisar e refletir sobre toda a atuação, tendo como base os nossos princípios pessoais, profissionais e éticos.

De acordo com o plano de estudos, do Curso de Mestrado em Enfermagem, considera-se de elevada importância a formação para um nível superior de julgamento na tomada de decisões diferenciadas.

A melhoria contínua da qualidade do exercício só é conseguida através da atualização constante e oportuna dos conhecimentos e competências de enfermagem.

O profissional de saúde deverá integrar à sua experiência prática individual a melhor evidência disponível, proveniente da pesquisa científica e da prática baseada na evidência clínica.

É de extrema necessidade proceder-se a uma avaliação sobre a qualidade, através de indicadores de resultados previamente estabelecidos, com o objetivo de pôr em prática as inovações que se revelem necessárias.

Estou convicta de que não basta definir projetos de qualidade, as instituições de saúde devem implementar e operacionalizar esses projetos de forma, a que se tornem uma prática diária.

Nos relatórios decorrentes das avaliações dos hospitais, os indicadores dos ganhos em saúde, são sobretudo derivados de atos médicos, verificando-se uma invisibilidade do contributo dos cuidados de enfermagem para os mesmos. Tal facto não deixa de ser caricato, pois são os enfermeiros quem mais tempo está junto dos doentes. Considera-se imprescindível a implementação e viabilização dos sistemas de informação em enfermagem que incluam uma classificação de enfermagem com linguagem uniforme na viabilização da comunicação e na

continuidade dos cuidados. Estes permitem gerar indicadores do exercício profissional dos enfermeiros, otimizando os sistemas de melhoria da qualidade.

Considero que neste momento, se pretende que os enfermeiros estejam conscientes e motivados para a qualidade em saúde, e que a tenham interiorizado de tal forma que o seu reflexo tenha visibilidade nos cuidados prestados.

Os enfermeiros querem, sabem e podem prestar cuidados de qualidade. É tarefa de todos e de cada um, escolher o caminho da qualidade...Mudar rumos...Mudar estratégias...Explorar novos desafios...Progredir, em prol da qualidade.

Este relatório tem como finalidade, analisar e avaliar os objetivos e intervenções de enfermagem de reabilitação desenvolvidos ao longo do estágio final. É de salientar, que este documento sofreu alterações, uma vez que os acontecimentos e os objetivos traçados se prendiam com factos que ainda não tinham sido verificados.

Com este projeto, o desejo de melhorar a funcionalidade dos utentes internados no SU com patologia respiratória crónica, a quem prestei cuidados diferenciados, através dos cuidados de enfermagem de reabilitação que permitiram melhorar e restabelecer a função respiratória e motora dos mesmos. Com estas melhorias, poderei dizer que foi possível alcançar ganhos em saúde e ganhos financeiros, uma vez que foi possível diminuir os dias de internamento e as possíveis complicações que a imobilidade provoca. Também contribuiu para que os utentes fossem mais independentes no momento da alta, de forma a melhorar a sua qualidade vida e a diminuir a necessidade de apoios formais e informais na comunidade.

Tudo o que aprendi e desenvolvi superou as expectativas previstas, solidificando as mudanças desejadas, com a elaboração e execução dos programas de RFR.

Foram, sem dúvida, significativas as aprendizagens desenvolvidas neste estágio, sem menosprezar outras anteriores, contudo gostava de salientar a oportunidade que tive em intervir, tendo em perspetiva a autonomia da pessoa/família e o envolvimento destes no seu processo de reabilitação. A proximidade que estabelecemos com a pessoa e família faz-nos sentir, na nossa prática de cuidados “pessoas realmente especiais”, pela confiança que depositam em nós, pelo afeto com que nos recebem, pela visível satisfação da pessoa em sentir que nos momentos em que estamos junto de si, ela foi o único alvo da nossa atenção. É da competência, do enfermeiro de reabilitação, estar junto da pessoa/família para a aconselhar, ensinar a seguir o melhor caminho sem contudo a substituir. É função “(...) do prestador de cuidados, oferecer um mapa das estradas à pessoa e utilizar os seus recursos para dialogar sobre as diferentes possibilidades e para a acompanhar na escolha que tenha feito (...)” (Hesbeen, 2003:76).

Perceber que a essência da aprendizagem é todo um percurso que delineamos, orientado pela nossa motivação, pelo empenho e pela vontade em querer ir mais além e ao

mesmo tempo estimulando em nós um pensamento cada vez mais crítico e reflexivo, perante as situações do dia-a-dia e num contexto profissional, julgo ter efetuado uma aprendizagem muito positiva.

O desenvolvimento de competências não é um processo estático. Pelo contrário, estamos constantemente a aprender, a aplicar e a produzir novos conhecimentos que vão enriquecer as práticas, contribuindo-se assim, para uma prestação de cuidados de reabilitação de qualidade e ajustados a cada pessoa.

Desenvolver competências no âmbito do cuidar em enfermagem de reabilitação requer uma atenção sobre alguns aspetos fundamentais. Assim sendo, “a competência da enfermagem baseia-se na compreensão de tudo o que se torna indispensável para manter e estimular a vida de alguém, procurando quais os meios mais adaptados para o conseguir” Collière (1989:290). Cuidar é aprender com o outro, descobrindo o que faz sentido, o que dá sentido ao que exprime sobre a forma de expectativas, desejos ou não desejos, preocupações e dificuldades, que estão ligadas a acontecimentos que requerem cuidados (Collière, 2003). Hesbeen (2000, 2001, 2003) acrescenta ainda que as recomendações e procedimentos realizados pelos Enfermeiros, apenas dizem respeito ao “corpo-objeto” e não à saúde do seu ser ou “corpo-sujeito”.

Assim, os enfermeiros deverão questionar-se sobre o que as recomendações e procedimentos representam para as pessoas (corpo-sujeito), ou seja, qual o sentido que têm na sua situação de vida. “O cuidado de doentes respiratórios exige uma abordagem multidisciplinar, mas isto necessita de ser visto num contexto mais vasto da prestação de cuidados gerais” Esmond (2005:243).

Nesta perspetiva, o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação tem um papel fundamental na adaptação da pessoa com deficiência ou em processo de doença, uma vez que vai mostrar as várias alternativas possíveis para que esta encontre de novo o seu projeto de vida, valorizando-a na sua componente “corpo-sujeito” em detrimento do “corpo-objeto”.

Embora o enfermeiro de reabilitação olhe para o utente no seu todo, existem no entanto, diagnósticos com especial interesse pois permitem, para além de intervenções gerais de enfermagem, enquadrar intervenções diferenciadas de reabilitação.

No amplo campo de intervenção dos enfermeiros de reabilitação, foram analisadas as definições de alguns diagnósticos nos quais se enquadrem intervenções diferenciadas de reabilitação.

De referir que os diagnósticos com interesse para este trabalho, a partir dos quais foram desenvolvidos planos de reabilitação aplicáveis a todos os utentes que foram

avaliados e intervencionados no SO, do SU, do HESE-EPE, por parte do enfermeiro especialista de reabilitação.

A estratégia de intervenção na área da enfermagem de reabilitação procura potencializar a recuperação do doente crítico, contribuindo para:

- ✧ Preservar e restabelecer a funcionalidade do doente de forma a promover o autocuidado, a autonomia e qualidade de vida no momento da alta;
- ✧ Prevenir complicações durante o internamento;
- ✧ Trazer ganhos em saúde ao doente/família internado no serviço;
- ✧ Reduzir o tempo de internamento no SO, do SU e consequentemente diminuir os custos.

No cerne da ação dos enfermeiros está a capacitação para o autocuidado, ou seja, o desenvolvimento de competências de autocuidado da pessoa com dependência funcional. Neste sentido, o enfermeiro, generalista e de reabilitação ajudam, ensinam, instruem, treinam, orientam, informam, avaliam e referenciam, constituindo um recurso na promoção do potencial de desenvolvimento da pessoa com dependência no autocuidado, evidenciando que os cuidados prestados por estes enfermeiros “(...) são a expressão e o cumprimento de um serviço indispensável em certas circunstâncias da vida das pessoas, serviço esse que não é coberto por outros grupos profissionais” (Collière, 1999:284). Os cuidados de enfermagem têm como foco de atenção a promoção dos processos de saúde ao longo do ciclo vital, através da prevenção da doença e promoção dos processos de readaptação, procurando a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida, adaptação funcional aos défices e a adaptação aos múltiplos fatores causadores de dependência, através de processos de aprendizagem da pessoa (OE, 2002). Assim sendo, para conhecer as diferenças na ação destes profissionais, podemos constatar que os enfermeiros generalistas desenvolvem as competências para o autocuidado da pessoa dependente, incluindo nas suas intervenções, aspetos relacionados com a gestão do regime terapêutico (medicamentoso e alimentar), tendo também implícita a preocupação com a vertente da reabilitação. No entanto, são os enfermeiros de reabilitação, que pelas suas competências acrescidas e específicas, lhe permitem intervir a um nível de complexidade mais elevado, promovem a máxima autonomia e independência das pessoas portadoras de défices (funcionais, sensitivos, cognitivos) potencialmente recuperáveis e, a manutenção daqueles cujos défices são irreversíveis. Estes centram a sua intervenção em focos específicos no domínio dos processos corporais como a força muscular, o equilíbrio corporal e o movimento articular, pois as dificuldades no desempenho da pessoa no seu autocuidado são, na sua maioria, inerentes às alterações

dos processos corporais resultantes do evento crítico. Deste modo, os enfermeiros de reabilitação, pelas suas competências, estão mais aptos a integrar todas as vertentes dos cuidados necessários à pessoa com incapacidade no desempenho do autocuidado, tendo em conta as necessidades e os objetivos terapêuticos delineados para cada pessoa, estimulando a autonomia e promovendo a independência.

Neste estudo pode-se concluir que, o trabalho dos enfermeiros generalistas e enfermeiros de reabilitação, nesta unidade de cuidados (SO), não se esgota na pessoa alvo de cuidados, mas também abrange a capacitação do prestador de cuidados, seja membro da família ou pessoa significativa, dotando-o de conhecimentos e capacidades, para dar respostas adequadas à pessoa dependente no autocuidado, aquando do regresso a casa, promovendo deste modo a continuidade de cuidados, incluindo-o no grupo de atores não profissionais abrangidos pelo processo de reabilitação (Hesbeen, 2003).

O sucesso da reabilitação depende do envolvimento da família no processo, que implica uma intervenção conjunta com a restante equipa multidisciplinar. É possibilitado assim, a consciencialização efetiva do prognóstico da incapacidade da pessoa, gerir as expectativas, esclarecer dúvidas, familiarizá-los com os aspetos com que se irão, mais tarde, confrontar e também ajudar a eleger o membro da família, para assumir o papel de prestador de cuidados. O desempenho eficaz dos familiares cuidadores, exige recursos, designadamente, conhecimentos, capacidades, habilidades e suporte para lidar com os problemas surgidos, que afetam o bem-estar e o autocuidado.

Através do processo de ensinar, instruir, treinar, orientar, informar, avaliar, validar e referenciar são desenvolvidas as competências, do membro da família ou pessoa significativa, para o exercício do papel de prestador de cuidados, sendo sem dúvida, áreas de atenção dos enfermeiros (Petronilho, 2007). O autocuidado é um conceito central da enfermagem (Petronilho, 2012), e da enfermagem de reabilitação. Ajudar a pessoa com dependência no autocuidado, bem como capacitar um membro da família ou pessoa significativa, para tomar conta da pessoa dependente no autocuidado, é congruente com o mandato social da profissão de enfermagem.

Os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa e familiares a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, paralelamente, os enfermeiros promovem a aprendizagem sobre a forma de aumentar o reportório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde (OE, 2002).

O papel do enfermeiro de reabilitação é comprovado como uma mais-valia nesta unidade de saúde (SO). Além da prática especializada de cuidados, na área da enfermagem de reabilitação, é evidenciado o seu papel de formador nestes contextos de trabalho, em modalidades como a formação em serviço, momentos informais e ainda, na e pela prática

de cuidados, criando oportunidades de crescimento individual e coletivo, assumindo-se como um facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho (Regulamento nº122/2011), ajudando os enfermeiros generalistas a expandirem as fronteiras das suas práticas de cuidados, promovendo com estes o desenvolvimento da prática. Os enfermeiros de reabilitação, são evocados como peritos e conselheiros na equipa de enfermagem, um elemento de referência para os enfermeiros generalistas, na orientação e pareceres da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com dependência no autocuidado, onde os enfermeiros generalistas se sentem mais inabilitados, seja por inexperiência ou por falta de conhecimentos, contribuindo com o seu conhecimento aprofundado e as suas competências, acrescidas e específicas, na consolidação da reconstrução da autonomia da pessoa dependente no autocuidado, acrescentando valor à equipa de enfermagem.

As especializações em enfermagem preparam os enfermeiros para adquirirem uma maior capacidade num campo de cuidados e, também para se transformarem em conselheiros dos enfermeiros generalistas (Collière, 1999) na prática de cuidados.

Assim, no SU, é dada importância ao trabalho desenvolvido pelos enfermeiros generalistas e enfermeiros de especialistas e verifica-se que estes profissionais se completam na ação, revelando ainda, como uma oportunidade para os profissionais de enfermagem demonstrarem a sua utilidade social, por via de maiores ganhos em saúde e com cuidados de maior proximidade com as famílias, opinião corroborada por Petronilho (2013), podendo ser significativos na reconstrução da autonomia da pessoa com dependência no autocuidado, fazendo “Uma Enfermagem com mais Enfermagem...” (Abel Paiva, In Prefácio, Petronilho, 2012).

Então, poderei afirmar que o enfermeiro de reabilitação desempenha um papel essencial no SO, do SU, cujas competências provém da experiência e da formação mas também das qualidades pessoais de cada um e das condições de trabalho.

Assim sendo, a presença de um enfermeiro especialista em reabilitação é uma mais-valia para qualquer serviço, devido à vasta área a que se pode e consegue dar resposta, contribuindo significativamente para uma maior eficácia na gestão de Unidades de Saúde.

Desta forma e ao terminar o estágio, julgo ter alcançado o meu desejo inicial e os objetivos, a que me propus.

Fica demonstrada a vantagem de parametrizar intervenções diferenciadas de reabilitação possibilitando o registo no processo clínico, das vantagens da monitorização dos resultados obtidos e das possibilidades que os suportes de registo permitem dar ao nível da continuidade dos cuidados e acompanhamento da evolução.

Espero portanto que este seja o primeiro de muitos trabalhos que potenciem a prática de enfermagem de reabilitação, bem como a enfermagem no geral e espero também que os

utentes recebam cada vez mais e melhores cuidados de enfermagem pois essa será sempre a nossa missão.

Aprendi sozinha, pela experiência e com os outros, que as sensações e vivências pautadas por uma atitude de autenticidade e respeito com todos (doentes, equipa multiprofissional e orientadores do estágio) são as competências adquiridas que mais devemos enaltecer.

Os fios condutores são o instrumento de orientação para qualquer profissional/pessoa, que ao exercer as suas funções, queira demonstrar a si e aos outros com o é gratificante aprender com vontade, fazer com gosto e cuidar com dedicação e competência. Constituíram portanto as estratégias, que atuaram em várias vertentes da minha aprendizagem, tanto no detalhe documentado dos conhecimentos e competências adquiridas como na autoavaliação atenta e participada, assente na reflexão sobre a minha prática à luz da teoria, neste estágio final.

Ser competente é ter o conhecimento de saberes e obter a compreensão global nos mesmos. É o saber: teórico, processual, fazer experiencial, fazer cognitivo e fazer social ou ser.

Para Carvalho (2003:15) a competência será então, “a capacidade de integrar saberes diversos e heterogéneos para resolver problemas e realizar as diferentes atividades. Ser competente é ter um saber transferível (...) ela supõe a capacidade de aprender e de se adaptar”. No entanto, para Freire (1997:43) o saber competente é o “pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática (...)”.

Todas as estratégias desenvolvidas e as experiências que deste estágio, foram muito enriquecedoras tanto a nível pessoal como profissional, fazendo-me acreditar que este ano difícil porque passei, valeu a pena!

Aos meus Orientadores, um Bem-haja muito grande, pela partilha e troca de experiências que me proporcionaram.

Por tudo o que disse ou possa ter deixado por dizer, todo o meu trabalho enquanto Enfermeira Especialista de Reabilitação só fará sentido se “... o encontro e os laços de confiança que se criam são os primeiros elementos que permitem cuidar a pessoa na perspetiva da saúde, da recuperação do equilíbrio do ser, ao longo de um percurso singular e particular” (Hesbeen, 2003:75).

Espero ter conseguido de forma clara, transmitir através deste documento personalizado todo o meu percurso de aprendizagens e saberes, nesta caminhada final.

BIBLIOGRAFIA

- Ali, M. S., Talwar, D., & Jain, S. K. (2014). *The effect of a short-term pulmonary rehabilitation on exercise capacity and quality of life in patients hospitalised with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease*. Indian J Chest Dis Allied Sci, 56(1), 13-19.
- Álvarez-Gutiérrez, F. et al (2007). *Impact of Chronic Obstructive Pulmonary Disease on Activities of Daily Living: Results of the EIME Multicenter Study*. Arch Bronconeumol. 43:64-72. - Vol. 43 Num.02 DOI: 10.1016/S1579-2129(07)60026-3.
- Andersson, M., F. Slinde, A. M.1 Grönberg, U. Svantesson, C. Janson, and M. Emtner (2013). *Physical activity level and its clinical correlates in chronic obstructive pulmonary disease: a cross-sectional study*: Respir Res, v. 14, 128 p.
- Abreu, W. (2001). *Entidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. (2002). *Supervisão clínica em enfermagem: pensar as práticas, gerir a formação e promover a qualidade*. Coimbra: Formasau.
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação. (2010). *Contributos para o Plano Nacional de Saúde 2012-2016*.
- Association of Rehabilitation Nurses (ARN). (2008). *Standards and scope of rehabilitation nursing practice*. Glenview, IL: Author. Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). (2010). Medicare benefit policy manual. Retrieved from <http://www.cms.gov/Regulations-andGuidance/Guidance/Manuals/downloads/bp102c01.pdf>
- Association of Rehabilitation Nurses (ARN). (2006). *The Rehabilitation Staff Nurse Role Description*. Retrieved from <http://www.rehabnurse.org/uploads/files/uploads/File/rdstaffnurse11.pdf>
- Azeredo, C. (2000). *Fisioterapia Respiratória no Hospital Geral*. São Paulo: Editora Manole.
- Babu, A. S. (2013). *Acute exacerbations of COPD: will on-call physiotherapy allow for early rehabilitation?*: Chest, v. 143, 280-1.

- Bárbara, Cristina (2009). *DPOC e Nova Estratégia Global – GOLD*. Hospital Pulido Valente. Aula ministradas em Janeiro de 2009, ao 4º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação, Ano lectivo 2008/2009, no Módulo II – Respirar – Uma Energia Vital. Lisboa.
- Barbier, Jean Marie (1993). *Elaboração de projetos de ação e planificação*. Porto: Porto Editora, Lda. 237p. ISBN 972-96610-6-5.
- Benner, Patrícia (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Edição Comemorativa. Coimbra: Quarteto. 294p. ISBN 972-8535-97-X.
- Berbaum, Jean (1991). *Un programme d'aide au développement de la capacité d'apprentissage*. Paris: ESF Editeur.
- Bethlem, N. (2002). *Pneumologia*. 4ª edição. São Paulo: Editora Atheneu.
- Borges, R. C., and C. R. Carvalho (2014). *Impact of resistance training in chronic obstructive pulmonary disease patients during periods of acute exacerbation: Arch Phys Med Rehabil*.
- Brochard, Laurent et al. (1995). *Non-invasive ventilation for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease*. In: New England Journal of Medicine. Vol. 333, nº13, 817-822. Disponível em: <http://content.nejm.org/cgi/content/full/333/13/817>.
- Canário, Rui (1997). *Formação e situações de trabalho*. Porto: Porto Editora.
- Canteiro, M. Camila; Heitor, M. Clara (2003). *Reabilitação Respiratória*. In: Gomes, M. João Marques; Sottomayor, Renato. *Tratado de Pneumologia*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Pneumologia, 1785-1896.
- Carranza, Manuel H. (2006). *Iniciación A La Ventilación Mecânica Não Invasiva*. Andaluzia: Colecion docent, Fundación lavante. 317p. ISBN 84-933800-6-7.
- Carreiro, A.; Santos, J.; Rodrigues, F. (2013). *Impacto das comorbilidades num programa de reabilitação respiratória em doentes com doença pulmonar obstrutiva crónica*. Rev Port Pneumol.19:106-13
- Carvalho, Rosa (2003). *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos. Perspectivas dos atores*. Loures: Lusociência.
- Castro, Lisete; Ricardo, Maria (2003). *Gerir o trabalho de projeto*. 7ª edição. Lisboa: Texto Editora, Lda.. ISBN 972-47-1725-9.

- Cavaco, Cármen (2002). *Aprender fora da escola. Percursos de formação experiencial*. Lisboa: Educa. ISBN 972-8036-21-3.
- Collière, Marie-Françoise (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 2ª edição. Lisboa: Lidel - edições técnicas. 385p. ISBN 972-757-109-3.
- Collière, Marie-Françoise (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. 2ª edição. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-53-3.
- Confalonieri Marco, et al. (1999). *Acute respiratory failure in patients with severe community acquired pneumonia. A prospective randomized evaluation of noninvasive ventilation*. In: American Journal of Respiratory Critical Care Medicine, Vol.160, nº5 (Novembro), 1585-1591. Disponível em: <http://ajrccm.atsjournals.org/cgi/reprint/160/5/1585>.
- Cordeiro, M. e Menoita, E. (2012). *Manual de Boas Práticas na Reabilitação Respiratória – Conceitos, princípios e técnicas*. 1ª Edição. Loures: Lusociência.
- Costa, M. Freitas (1992). *Pneumologia na prática clínica*. Lisboa: Clínica de Doenças Pulmonares, Faculdade de Medicina de Lisboa. 2º volume. 1205p. ISBN 972-9422-00-1.
- Coutinho C. (2011). *Metodologia de investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e prática*. Edições Almedina. ISBN 978-972-40-4487-3
- Dennison, Pamela E.; Sands, Judith K. (1996). *Manual Clínico de Enfermagem Médico-Cirúrgica, conceitos e prática clínica*. 3ª edição. Lisboa: Lusodidacta. 449p.
- Didio, L. J. A. (1998). *Tratado de Anatomia Humana aplicada*. São Paulo: Pólus Editorial.
- Direcção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias*. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde (2012). *Programa Nacional para as Doenças Respiratórias - Orientações Programáticas*. Ministério da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde. (2011). *Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Norma nº 028/2011.
- Direcção-Geral da Saúde (2009). *Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC)*. Circular informativa Nº: 40A/DSPCD.
- Direção Geral da Saúde (2003) *Rede de Referência Hospitalar de Medicina Física e Reabilitação*. Lisboa: Direcção de Serviços de Planeamento. 68p.

- Esmond, Glenda (2005). *Enfermagem das Doenças Respiratórias*. Loures: Lusociência. 271p. ISBN 972-8383-91-6.
- Esteves, M. Raquel (1995). *Cuidar em Oncologia*. In: Revista Divulgação. Lisboa. Nº 34. (Abril 1995), 7-11.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: Da conceção à realização*. Loures: Lusociência
- Fricke, J. (2010). *Activities of Daily Living*. Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE).
- Global Initiative for Chronic Obstructive Pulmonary Disease (2013). *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*.
- GOLD (2013). *Global Strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD*.
- Guerreiro, Augusto (2002). *Para uma comunicação mais inclusiva. Análise Psicológica*. Série XX. Nº 3. (Julho/Setembro 2002), 367-371.
- Guyton, A. (1998). *Tratado de Fisiologia Médica*. 9ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Haidt, R. (2002). *Curso de Didática Geral*. 7ª Edição. Editora Ática.
- Heitor, Maria Clara et al. (1998). *Reeducação Funcional Respiratória*. 2ª edição. Lisboa: Boehringer Ingelheim para formação médica pré e pós graduação. 112p.
- Hesbeen, Walter (2000). *Cuidar no hospital - enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência, ISBN 972-8383-11-8.
- Hesbeen, Walter (2001). *Qualidade em enfermagem - pensamento e ação na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência. 220p. ISBN 972-8383-20-7.
- Hesbeen, Walter (2003). *A Reabilitação – criar novos caminhos*. Loures: Lusociência. 166p. ISBN 972-8383-43-6.
- Hoeman, Shirley P. (2000). *Enfermagem de reabilitação: aplicação e processo*. 2ª edição. Lisboa: Lusociência. 787p. ISBN 972-8383-13-4.
- Hoeman, S. (2011). *Enfermagem de Reabilitação – Prevenção, Intervenção e Resultados esperados*. 4ª Edição. Loures: Lusodidacta.
- Imperatori, E. e Giraldes, M. (1993). *Metodologias do planeamento em saúde*. Lisboa. Obras Avulsas

- Keenan Sean et al (2003). *Which patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease benefit from noninvasive positive-pressure ventilation? A systematic review of the literature*. In: Annals of Internal Medicine. Vol. 13, nº 11, 861-870; Disponível em: <http://www.annals.org/cgi/reprint/138/11/861>.
- Kisner, Carolyn; Colby, Lynn Allen (2004). *Exercícios terapêuticos: Fundamentos e Técnicas*. 4ª edição. São Paulo: Editora Manole. ISBN 1574 -1.
- Leite, Elvira; Malpique, Manuela; Santos, Milice (1989). *Trabalho de Projeto*. Porto: Edições Afrontamento.
- Leite, L. (2006). *O Enfermeiro Especialista: Percursos de Desenvolvimento Profissional*. II Congresso da Ordem dos Enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Lewandowski, Wendy et al (1998). *A família com cancro: intervenções de enfermagem no decurso da vivência com cancro*. In: Cancer Nursing. Vol. 11, 313-321.
- Levitzky, Michael G. (1999). *Pulmonary Physiology*. 5ª edição. US: Mc Graw-Hill. 305p. ISBN 0-07-134543-4
- Machaqueiro, S. (2012). *A reabilitação respiratória para doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica*. Projeto de Investigação para obtenção do Grau de Mestre em Gestão da Saúde - Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa.
- Magano, Conceição et al. (2007). *Ventilação não invasiva*. In: Revista Sinais Vitais. Coimbra. Nº 72. (Maio 2007), 13-19.
- Méduri Gianfranco U., et al.(1996). *Non invasive positive pressure ventilation in status asthmaticus*. In: Chest. Vol. 110, nº 3, 767-74. Disponível em: <http://www.chestjournal.org/reprints.shtml>. ISSN 0012-3692.
- Mehta, Sangeeta, et al (1997). *Randomized, prospective trial of bilevel versus continuous positive airway pressure in acute pulmonary edema*. In: Critical Care Medicine. Vol. 25, nº 4, 620-8. ISSN 0090-3493.
- National Institutes of Health (1994). *Workshop summary: Pulmonary rehabilitation research*. In: American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 825-833.
- Nici L, Donner C, Wouters E, et al (2006). *American Thoracic Society/European Respiratory Society statement on pulmonary rehabilitation*. Am J Respir Crit Care Med.;173:1390–413.

- Nóvoa, António (1988). *A formação tem de passar por aqui: as histórias de vidas no projeto*. Prosalus.
- Oliveira F, Vale R, Guimarães F, Batista L, Dantas E. (2009). *Efeitos do grau de DPOC sobre a qualidade de vida de idosos*. Fisioter Mov. 22(1), 87-93.
- Oliveira, Paulo (2006). *A Organização Mundial de Saúde revelou que 17 milhões de pessoas morrem prematuramente*. Disponível em: NewsVOAcom. Citado em 22/05/2006. javascript:popupWindow2(2005-10-05-voa2.cfm?renderforprint=1&pageid).
- ONDR (2013). *Prevenir a Doença, Acompanhar e Reabilitar o Doente*. In http://www.fundacaoportuguesadopulmao.org/RELATORIO_ONDR_REVELA_DADOS_PREOCUPANTES_PARA_PORTUGAL.html
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Cuidados à Pessoa com Alterações da Mobilidade – Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação*. Cadernos OE. Série 1,Nº 7.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Reabilitação*. In <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEReabilitacao.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (1984). *Aplicaciones de la epidemiologia al estudio de los ancianos: informe de un grupo científico de la OMS sobre la epidemiologia del envejecimiento*. Genebre: OMS, 1984.
- Parecer sobre atividades de vida diária (2011), MCER Ordem dos Enfermeiros, 2.
- Payton O.D., Poland J.L. (1983). *Aging Process: implications for clinical practice*. Physical Therapy, 41-48.
- Perrenaud (1993). *Práticas pedagógicas, profissão docente e formação. Perspectivas sociológicas*. Lisboa: Dom Quixote/IIIE.
- Phipps, Wilma J; Sands, Judith K.Marek, Jane F. (2003). *Enfermagem médico-cirúrgica: Conceitos e prática clínica*. Loures: Lusociência. 2º Volume. 1346 p. ISBN 972-8383-65 – 7.
- Portugal, Direção Geral da Saúde (2001). *Direção de Serviços de Planeamento. Rede Hospitalar de Urgência/Emergência*. Lisboa, Direção Geral da Saúde, 2001. ISBN 972- 9425-99-X.
- Powers, S.K.; Howley E.T. (2000). *Fisiologia do Exercício: teoria e aplicação ao condicionamento e ao desempenho*. São Paulo: Editora Manole.

- Preguiça, Cristina; Batoréu, Lurdes; Guarda, Hirondina (2001). *Ventilação não invasiva: perspectiva de utilização para o alcance da autonomia respiratória*. In: Revista Sinais Vitais. Coimbra. Nº 39 (Novembro 2001), 48-52.
- Presto, B.; Damázio, L. (2009). *Fisioterapia Respiratória*. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Lda.
- Pryor, Jennifer A.; Webber, Barbara A. (2002). *Fisioterapia para problemas respiratórios e cardíacos*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- Puhan, M. A., A. Spaar, M. Frey, A. Turk, O. Brändli, D. Ritscher, E. Achermann, R. Kaelin, and W. Karrer, (2012). *Early versus late pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease patients with acute exacerbations: a randomized trial: Respiration*, v. 83, 499-506.
- Puhan MA, Gimeno-Santos E, Scharplatz M, Troosters T, Walters EH, Steurer J. (2011). *Pulmonary rehabilitation following exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 10. DOI: 10.1002/14651858.CD005305.pub3
- Puhan M, Garcia-Aymerich J, Frey M, ter Riet G, Antó JM, Agustí AG, Gómez FP, Rodríguez-Roisín R, Moons KG, Kessels AG, Held U. (2009). *Expansion of the prognostic assessment of patients with chronic obstructive pulmonary disease: the updated BODE index and the ADO index*. Lancet; 374:704– 711.
- Raposo e López (2002). *Efeitos da Imobilização e Atividade Física*. In: Revista Digital. Brasil. Nº 50 (Julho 2002). Citado em 17/01/2006. Disponível em Entrenador Personal: <http://www.efdepotes.com/Revista>.
- Raynal, S. (2000). *A gestão por projeto*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Reid WD, Yamabayashi C, Goodridge D, Chung F, Hunt MA, Marciniuk DD, Brooks D, Chen YW, Hoens AM, Camp PG. (2012). *Exercise prescription for hospitalized people with chronic obstructive pulmonary disease and comorbidities: a synthesis of systematic reviews*. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 7:297-320. doi: 10.2147/COPD.S29750
- Rodrigues-Machado, M.G. (2008). *Bases da fisioterapia respiratória: terapia intensiva e reabilitação*. Brasil, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Roseane Cardoso Marchiori, C. F. S., Lissandra Dal Lago, Cinthia Duarte Felice, and M. D. S. Douglas Brandão da Silva, (2010). *Diagnóstico e tratamento da DPOC exacerbada na emergência*. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 214-223.

- Santos, Milice Ribeiro (1990). *Trabalho de Projeto: Coleção Ser Professor*. Porto: Edições Apontamento.
- Schettino, P.; Reis, M. (2007). *Ventilação mecânica não invasiva com pressão positiva*. In: *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, Vol. 33, 2º suplemento (Julho de 2007). Acedido em 29/05/2015. http://www.jornaldepneumologia.com.br/portugues/suplementos_caps.asp?id=47
- Seeley, Rod; Stephens, Trent; Tate, Philip (2001). *Anatomia & Fisiologia*. 3ª edição. Loures: Lusodidata. p.1118. ISBN 972-96610-5-7
- Silva, A. et al. (2008). *Equilíbrio, Coordenação e Agilidade de Idosos Submetidos à Prática de Exercícios Físicos Resistidos*. *Revista Brasileira Medicina Esporte*. Volume 14. Número 2. Março/Abril.
- Silva, Caldeira (1998). *A urgência como fenómeno humano e social a melhor compreender*. In: *Revista de Saúde Pública* Nº 314. Lisboa.
- Simonds, Anita K. (200). *Non Invasive Respiratory Support: A Practical Handbook*. 3ª edição. Arnold Editors. 368p. ISBN 9780340925607.
- Sociedade Portuguesa de Pneumologia (2003). *Livro branco: O futuro da Pneumologia em Portugal*. Tendências para o período 2003 -2010.
- Sousa, M.; Magalhães, P.; Saraiva, C. (2009). *Apontamentos da Unidade Curricular Enfermagem de Reabilitação I – Módulo II - “Respirar, uma energia Vital”, no âmbito do 4º curso de Pós – Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Reabilitação*, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Swearingen, Pamela L.; Keen, Janet H (2003). *Manual de Enfermagem de Cuidados Intensivos – Intervenções de enfermagem independentes e interdependentes*. 4ª edição. Loures: Lusociência. 958p. ISBN 972 – 96610-5-7.
- Tavares, A.M.B (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Thelon, Lynne; Davie, Joseph K.; Uren, Linda D. (1996). *Enfermagem em Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção*. 2ª edição. Lisboa: Lusodidata. 1018p. ISBN 972 – 96610-2-2.
- WHO (2004). *Expert consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies*. The Lancet, 157163.